

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية
قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

نيابة العمادة لما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

تأثير الإنتقال الصحي على الخصوبة في الجزائر

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا

إعداد الطالبة:
عنصر مفيدة

إشراف الدكتور:
علي قواوسي

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
د. حفاظ الطاهر	أستاذ محاضر	باتنة	رئيسا
د. علي قواوسي	أستاذ محاضر	باتنة	مقررا
د. سعدي رابح	أستاذ محاضر	البليدة	عضوا
د. دريد فاطمة	أستاذة محاضرة	باتنة	عضوا

السنة الجامعية :
2009/2008 م

الفهرس

فهرس الجداول:.. V
فهرس الأشكال:..IV
مقدمة :.. ب

الفصل الاول : الإطار المنهجي :

أولا: الإشكالية : 05

ثانيا: الفرضية 07

ثالثا : أسباب اختيار الموضوع 08

رابعا:.أهداف الدراسة 08

خامسا :تحديد المفاهيم 09

سادسا: المناهج المعتمد عليها 11

سابعا : مصادر جمع المعطيات 12

. ثامنا : الدارسات السابقة 13

تاسعا: صعوبات الدراسة 16

الفصل الثاني : الانتقال الصحي في الجزائر :

مقدمة الفصل 18

المبحث الأول : الانتقال الديمغرافي 19

المطلب الأول : نظرية الانتقال الديمغرافي 19

المطلب الثاني : مراحل الانتقال الديمغرافي.:...........................20

المطلب الثالث : مراحل الانتقال الديمغرافي في الجزائر أثناء الاحتلال 21

المبحث الثاني : الانتقال الصحي في الجزائر :...........................23

المطلب الأول : نظرية الانتقال الصحي :..................................23

المطلب الثاني : الانتقال الصحي في الدول المتقدمة :...............27

المطلب الثالث : الانتقال الصحي في الدول السائرة في طريق النمو:............28

المبحث الثالث : مراحل النظام الصحي في الجزائر :...............28

المطلب الأول : المرحلة الأولى :...29

المطلب الثاني : المرحلة الثانية :...29

المطلب الثالث : المرحلة الثالثة :...30

المبحث الرابع : الوضعية الصحية في الجزائر:.......................30

المطلب الأول : الأمراض المعدية :...30
المطلب الثاني : الأمراض المزمنة و المستعصية :...............................39
المطلب الثالث : الأمراض الحضارية :...40
خاتمة الفصل :..42
الفصل الثالث : الخصوبة في الجزائر:
مقدمة الفصل...44
المبحث الأول : تحليل الخصوبة:..44
المطلب الأول : التحليل السوسيولوجي:...44
المطلب الثاني : التحليل الديمغرافي :...46
المبحث الثاني : الخصوبة في الجزائر من خلال التحقيقات الكبرى :....................47
المطلب الأول : المدى الاقصى للإنجاب و بداية التحول 1970-1986 :.....47
المطلب الثاني : استمرارية تراجع الخصوبة 1992 :.............................48
المبحث الثالث : متغيرات الخصوبة:..49
المطلب الأول :المتغيرات الوسيطة للخصوبة:.....................................49
المطلب الثاني: المتغيرات الغير وسيطة للخصوبة:.........................57
المبحث الرابع : تقدير أثر المتغيرات الوسيطة على الخصوبة :..................................63
المطلب الأول : لمحة حول نموذج بونقاردس :.................................63
المطلب الثاني : تطبيق نموذج بونقاردس. 71
خاتمة الفصل :...75
الفصل الرابع : مدى تأثر الخصوبة بالتغيرات الصحية
مقدمة الفصل :...77
المبحث الأول : تذبذب الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية :.......................77
المطلب الأول : نبذة أولية لتذبذب الخصوبة :.......................................77
المطلب الثاني : أهم ظروف تذبذب الخصوبة :....................................78
المطلب الثالث : دور السياسة في تذبذب الخصوبة:.................................78
المبحث الثاني : ارتفاع الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية:............78
المطلب الأول : : نبذة أولية لارتفاع الخصوبة :..................................78
المطلب الثاني : أهم ظروف ارتفاع الخصوبة :..................................79
المطلب الثالث : دور السياسة في ارتفاع الخصوبة :...............................79

المبحث الثالث : انخفاض الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية:.........80
المطلب الأول : نبذة أولية لانخفاض الخصوبة :...............................80
المطلب الثاني : أهم ظروف انخفاض الخصوبة:................................80
المطلب الثالث : دور السياسة في انخفاض الخصوبة :...........................81

المبحث الرابع : استقرار الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية:..........82
المطلب الأول : نبذة أولية لاستقرار الخصوبة:.................................82
المطلب الثاني : أهم ظروف استقرار الخصوبة :.................................83.
المطلب الثالث : دور السياسة في استقرار الخصوبة في الجزائر:............... 84
خاتمة الفصل:..91
نتائج الدراسة :..93
الخاتمة:...94
اقتراحات و توصيات : 93
المراجع المعتمد عليها : 94
الملاحق 98

فهرسة الجداول

الرقم	العنـــــــــــــــــــــــوان	الصفحة
01	المجال المتوسط بين الزواج و أول ولادة حية حسب سن الزواج	50
02	المجال المتوسط بين سن الزواج و الولادة الأولى حسب سن الزواج	51
03	نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة لخمس سنوات قبل مسحي سنتي 1986 م و 1992 م .	53
04	متوسط مدة الرضاعة بطريقتي المتوسط الحسابي و الوضع الحال في الوسطين الريفي و الحضري .	55
05	متوسط المدة الفاصلة بين الزواج الأول و الولادة الأولى حسب المستوى التعليمي و العمر عند الزواج الأول و ذلك من خلال مسحي : 1986و 1992	58
06	تطور نسب المتمدرسين من 06 سنة إلى 13 سنة	59
07	تطور نسبة العاملات حسب الفئات العمرية في الفترة ما بين 1977 م و 1996 م	60
08	تطور معدل إشغال السكن و الغرف حسب التعداد الرابع	60
09	تطور معدل إشغال السكن و الغرف حسب التعداد الرابع	61
10	تطور عدد و حجم الأسر من خلال التعدادات الأربعة	62
11	تفضيل جنس المولود حسب التركيب النوعي للمواليد الأحياء في الأسرة	63
12	مؤشر ثبات الزواج حسب معطيات مسح 1986	73
13	تطور معدلات الخصوبة و المؤشر التركيبي لها في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1970 م -1995 م .	80
14	تطور عدد سكان الجزائر في سنة 1992 م حسب حالتهم العائلية	83
15	تطور وسائل منع الحمل في الجزائر في الفترة الممتدة من 1986 م إلى غاية سنة 2002 م بالمائة .	84
16	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 حسب منطقة الإقامة بالمئة	85
17	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 حسب مستوى الإقامة بالمئة	86
18	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 حسب عدد الاطفال لكل امرأة بالمئة	87
19	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 حسب الفئات العمرية بالمئة	88
20	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 حسب المستوى التعليمي بالمئة	90

فهرسة الأشكال :

الرقم	العنوان	الصفحة
01ا	مراحل الانتقال الديمغرافي	26
02	تطور مرض السل في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م الى 2004 م	31
03	تطور مرض الديفتيريا في الجزائر في الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004م	32
04	تطور مرض الكزاز في الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004 م	34
05	تطور مرض الشلل في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004 م	34
06	تطور مرض الحصبة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004 م	35
07	تطور مرض التيفوئيد في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2000م	36
08	تطور مرض التهاب الكبد الفيروسي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004 م	37
09	تطور مرض التهاب السحايا في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990الى غاية 2004 م	38
10	تطور مرض السيد في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1995 م إلى غاية 2004	39
11	المجالين المفتوح و المغلق اللذان يتم حسابهما بناء على نسبة الزيجة الأولى و اللائي تحصلن على ولادة أو أكثر و مازالوا ضمن الحياة الزوجية :	69
12	تطور معدلات الخصوبة و المؤشر التركيبي لها في الجزائر في الفترة الممتدة من 1970 إلى 1995	81
13	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة حسب منطقة الإقامة بالمئة	86
14	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة حسب مستوى الإقامة	87
15	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة حسب عدد الأطفال لكل امرأة بالمئة	88
16	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة حسب الفئات العمرية بالمئة	89
17	نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة المستوى التعليمي بالمئة	90

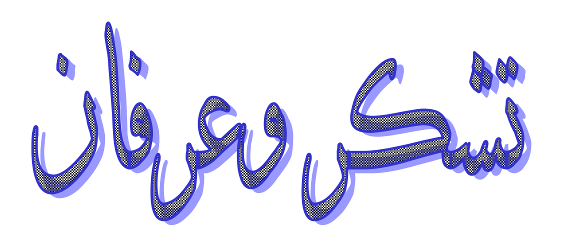


أتقدم بترياق السنين :

إلى من دعتني منذ سقيت قطر الكلام

إلى من أتمنى رؤيتها نجمة في سماء العلم و الإيمان

أبنتي رؤى ألا الرحمان



إن الثناء و الشكر لله عز وجل الذي وفقنا في إنجاز هذا العمل المتواضع

كما نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ / قواوسي علي الذي كان منهلا لكل طالب عرفانا له بالمساعدات التي قدمها لنا من خلال إشرافه و توجهاته و ارشادته.

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر الجزيل لزوج الكريم / مرغاد عبد الحق على كل المساعدات التي قدمها لي و على رأسها احترامه و تقديره لهذا العمل. .

كما لا يفوتوني تقديم جزيل الشكر إلى التي كابدت الآلام في صمت ووقفت ضد عقبة الزمان من اجل إخراج هذا العمل إلى الضوء أمي الغالية .

وفي الأخير أتقدم بالشكر لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل خاصة أساتذة قسم علم الاجتماع و الديمغرافيا في جامعة باتنة و المركز الجامعي خنشلة

المقدمة العامة

إن المستجدات التي حدثت خلال العقدين الأخيرين في مختلف المجالات السياسية والاقتصادية و الاجتماعية و لاسيما في المجالات الديمغرافية هذه الأخيرة التي خلقت درجة كبيرة من الوعي لدى السكان هذه الشريحة التي تعتبر الركيزة الأساسية و البنائية في مختلف الدراسات السكانية التي جذبت انتباه الكثير من المفكرين و الكتاب منذ قدم العصور فكان نتيجة لظهور هذه الكتابات مولد فكر سكاني ، كان له دور كبير في نضج و تطور الدراسات السكانية المختلفة عبر مختلف المراحل الحديثة التي مر بها الفكر الإنساني ، بالإضافة إلى ما شهادته العديد من النظم الفكرية المتباينة من نشاطات و تكريسها لمعظم مجوداتها من أجل الوصول إلى المزيد من ألإيضاح و التدقيق في دراسة الظواهر السكانية المختلفة من وفيات و خصوبة و هجرة ... الخ و التنبئي بمستقبل هذه الظواهر في ظل التطورات المختلفة لأهم العوامل المؤثرة عليها من صحة و تعليم ...الخ ، ناهيك على ذلك فإن هذه تسعى جاهدة إلى كشف الترابط العميق بين الظواهر الديمغرافية من أجل فهم تطور المجتمع السكاني ، حيث أكد المجتمع الدولي في سنة 1954 على مدى الترابط الوثيق بين تزايد السكان من جهة و تباطؤ النمو من جهة ثانية ، و لعل اكبر دليل على ذلك هو مل يشهده العالم من ارتفاع في خطه البياني حول ظاهرة النمو الديمغرافي ،وقد يخطئ من يظن إن هذه الظاهرة محصورة في دول العالم الثالث فقط أو ما يعرف اليوم باسم الدول النامية مع الإقرار أن هذه الدول تحتل الصدارة ، و لكن هذه الظاهرة بالكاد لا تسلم منها أية دولة من دول العالم مهما تفننت في ضبط وتنظيم السكان ، و مهما فسرت كل دولة هذه الظاهرة فإن التزايد السكاني سيبقى إحدى العوامل المخيفة التي تخشاها الأمم و تحسب لها الهيئات السياسية ألف حساب لعلاقتها بالجانب التنموي ، و اثر هذه العلاقة على المجتمع في شتى المجالات .

و بنظرة هادئة على خريطة العالم السكانية يتبين لنا جليا أن كوكبنا مقبل على وضع ديمغرافي رهيب ، فقد شهد كوكبنا الأرضي حقب مضت تطورا كبير في عدد السكان منذ اقل من 175 سنة مضت حوالي 100 مليون نسمة ، وفي سنة 1930 م قفز هذا العدد إلى حوالي 2000 مليون نسمة ليصل في سنة 1960 م إلى حوالي 3000 مليون نسمة ، ليقفز من جديد إلى حوالي 4000 مليون نسمة في سنة 1976 م أي أن عدد سكان العالم قد زاد بحوالي 300 مليون نسمة ثم بحوالي 700 مليون نسمة في السنة التالية ، وفي خلال الفترة الممتدة من 1800 م إلى 1930م زاد عدد سكان العالم ب 1000 مليون نسمة ثم تزايد سكان العالم في الفترة الممتدة من 1930 م إلى 1960 م و عليه فإن هذا التزايد الكبير في عدد السكان إدا ما دل على شي فهو يدل على ارتفاع معدلات الخصوبة و انخفاض معدلات الوفاة ليدل هذا الوضع بدوره على التحسن الكبير في الأحوال الصحية هذا التغير السريع يثير فضولنا لتعرف أكثر

على مدى تأثير التغيرات و التطورات الصحية على الخصوبة هذه الأخيرة التي أصبحت تعرف اليوم باسم الصحة الإنجابية بدل من الخصوبة ، غير أن هـــــذا التطـــور لم يقتصـــــر على التسميـــة فقط بل شمـــل المضمـــون كذلـــك ، فبدل مـــن كلمـــة خصوبـــة و الدالـــة على الـــولادة أصبحـــت تعرف باســم الصحـــة الإنجابيـــة و الدالـــة على معنـــى أوسـع و أشمـل من الخصوبة أو الـولادة ، حيـث يبـدأ معناهـــا من بدايـــة الحمل إلـى غايـــة أن يبلـــغ المولـود خمـس سنوات من عمــــــــــــره.

إن هـذا التطـــور الكبـــير في كـلا مـن الخصوبـة و الصحـــة إلـى هذه الدرجـة التـــي شهدنهـا مـن خلال الترابـط الوثيـق بينهمـا جعلـنا نحاول التعـــرف علـــى هـذا الترابـط عبر مختلــف المراحــل التـــي مـــر بهـــا و ذلـــك مـــن خلال هذه الدراســة التي جاءت تحـت عـنوان تأثـــير الانتقـــال الصحـــي علـــى الخصوبـــة فـــي الجزائـــر و مـــن أجـــل معالجـــة هـــذا الموضـــوع بطريقـة سليمـة فقـد جاءت هذه المعالجـة حسـب البـناء المنهجـي فـــي فصـــل تمهـــيدي و ثلاثـــة فصـول رئيسـة علـى النحـو المبيـن أدنـــــاه :

الفصل الأول :

. وهـو الفصـــل التمهيـدي و تـم خلالـــه التطـــرق إلى مايلي:

01 الإشكاليـــة : حيـث تـم خلالهـا تحديـد و حصـر الموضـوع محـل الدراســـة .

02 الفرضيات : و التي من خلالها نقترح إجابة مؤقتة لسؤال الدراسة تحتم الصواب كما تحتمل الخطاء .

03 الأسباب التي دفعت بنا إلى دراسة الموضوع .

04 الأهداف المرجوة من دراسة هذا الموضوع .

05 تحديـــد أهـــم المفاهيـــم الوردة فـي الموضـــوع محـــل الدراســـة .

06 تبيـن أهـم المناهـج التـــي تـــم الاعتماد عليهـــا .

07 الاطلاع علـى أهـم المصـادر التـــي مـن شأنهـا المساعـدة فـــي دراســـة الموضـــوع .

/08 الدراســـات السابقـــة ا لتي قامت بتناول الموضـــوع محل الدراســـة .

/09 التعريـج عـلى أهـم الصعوبـات التـــي واجهـــة دراســـة الموضـــوع .

الفصل الثاني :

و المعنـــون تحـت الانتقـــال الصحـــي فـــي الجزائـــــر جاءت دراسة هذا العنوان ضمن أربعة مباحث كل مبحث يحتوي على ثلاث مطالب فالمبحث الأول من هذا الفصل كان بعنوان الانتقال الديمغرافي حيث و جدنا انه من غير المعقول دراسة الانتقال الصحي دون التطرق إلى الانتقال الديمغرافي لننتقل بعد ذلك الى المبحث الثاني و الذي تم خلاله دراسة الانتقال الصحي أما خلال المبحث الثالث فقد تم التطرق إلى مراحل النظام الصحي في الجزائر لننتهي خلال هذا الفصل و ضمن المبحث الرابع إلى الوضعية الصحية في الجزائر.

الفصل الثالث:

و الـذي جـــاء تحـــت عنـــوان الخصوبــــة فــــي الجزائـــر و تمت معالجة هذا الفصل ضمن أربعة مباحث جاء الأول تحت عنوان تحليل الخصوبة حيث تم خلاله التعرف على الخصوبة من وجهة نضر علماء الاجتماع من خلال التحليل السوسيولوجي لننتقل بعد ذلك إلى التحليل الديمغرافي ليعرفنا على الخصوبة من وجهة نضر علماء الديمغرافيا ، لنتعرف خلال المبحث الثاني على تطور الخصوبة في الجزائر من خلال التحقيقات الكبرى التي عرفتها الجزائر المبحث الثالث المتناول للمتغيرات الوسيطة للخصوبة سواء كانت هذه المتغيرات مباشرة أو غير مباشرة لننتقل في الأخير عبر المبحث الرابع إلى تقدير أثر المتغيرات الوسيطة على الخصوبة في الجزائر و ذلك من خلال إعطاء لمحة حول نموذج بونقاردس ثم نطبقه بالاعتماد على معطيات المسح الوطني الجزائري للخصوبة

الفصل الرابع :

و خلال هــذا الفصـــــل من الدراســـــة سوف يتـــــم الربـــــط بيــن الفصليين السابقيـن أي بين الانتقـــــال الصحـــــــي مـن جهـــة كأهـــــم جانـب مـن جوانــــب الحيـــــاة السكانيـــــة و الخصوبـــــة باعتبارهــــا من أهم المظاهـــر الديمغرافيــــــة ، و عنوانه هو تطور الخصوبة في ظل الانتقال الصحي ، و كغيره من الفصول السابقة فقد تمت معالجته ضمن أربعة مباحث الأول منها جاء بعنوان عدم استقرار الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية لينتقل المبحث الثاني إلى ارتفاع الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية و يعرف المبحث الثالث من هذا الفصل كيفية انخفاض الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية لينتهي بنا المبحث الرابع إلى استقرار الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية .



الاطار المنهجي

المقدمة.

لقد عرفت الجزائر كغيرها من الدول مجموعة كبيرة من التطورات في شتى المجالات و لاسيما المجال الصحي حيث انتقال النظام الصحي من الطب التقليدي إلى الطب الحديث ، و كنتيجة ايجابية لهذا التطور الصحي هو ما عرفته المرأة الجزائرية من اهتمام كبير بصحتها مم اثر بدوره على خصوبتها .

أولا: الإشكاليـــــــة:

يجمع الديمغرافيين على أن النمـو السكانـي بالإضافة إلى التركيبة العمرية يتأثر بعوامل أساسية ثلاث وهي الولادات والوفيات والهجرة، ولقد ظلت الوفيات و لفترة طويلة العامل الأساسي والمحدد الأول لنمو الديمغرافي، غير انه أمكن في الوقت الحاضر القضاء على الزيادة المفرطة في معدل الوفيات نتيجة لما بذلته الدول العربية من اتخاذ إجراءات وتغير سياساتها بما يتماشى ورفع المستوى المعيشي لسكان خاصة في مجال الصحة العامة .

كمـا عملـت الأمـم المتحـدة بالتعـاون مـع منظمـات متخصصة فـي هذا المجال مثـل منظمـة الصحـة العالميـة التـي قامـت بتسهيـل و نقـل كـل ما توصل لـه الغـرب من أجـل خفـض معـدلات الوفـاة، وكـان أول نجاح لهـا مـن خلال توفيـر الأدويـة المتطـورة وفـي مقدمـة هـذه الأدويـة نجـد المضادات الحيويـة بالإضافـة إلـى البرامـج الدوليـة التي تهدف للقضـاء علـى الأمـراض الطفيليـة ومـن أبرز هـذه البرامج ، نجـد الحـث و التوعيـة علـى كيفيـة استخدام المبيدات الحشريـة بمختلـف أنوعها، وقد كانت منظمـة الصحـة العالميـة رائـدة في نقـل المعرفـة والتزويـد بأدواتهـا ووسائلهـا الراقيـة للسيطـرة علـى معـدلات الوفـاة، وعليـه فقـد انخفضـت دون رجعـة معدلات الوفـاة خاصـة فيما يخـص وفيات المواليد و الأطفـال والأمهـات و المجتمع ككـل، إن هـذا الأخيـر إذا مـا دل علـى شـيء فأنـه يدل علـى ما حققتـه الدول العربيـة من نتائج إيجابيـة ورائعـة مـن تطـور و ازدهـار فـي الخدمـات الصحيـة ولعـل خيـر دليـل علـى ذلك هـو القضاء على المـوت الجماعـي وتنقـص الوفاة مـن 16.6 لكـل ألف شخـص فـي السبعينيات إلى 8.9 لكـل ألف شخـص فـي سنـة 1988 ، إن هـذا التطـور فـي المجـال الصحي تابعـه تغيـر كبيـر في معدلات الوفـاة و هكذا لم يصبح لظاهرة الوفيات ذلك الدور الكبير الذي كانت تلعبه في التأثير على النمو السكاني .

ومن جهة أخرى تفتقد أغلبية الدول النامية إلى المعطيات التي تتيح دراسة الهجرة بكيفية جيدة فبالرغم من كونها مصدر مهم لكل التغيرات في البناء الاجتماعي و الديمغرافي للمجتمع من حيث الحجم والكثافة و التركيب النوعي و العمري للسكان ، إلى جانب ما تلعبه

من دور أساسي في مختلف الخصائص الديمغرافية الأخرى، إذ يعبر صافي الهجرة المضاف إليه الزيادة الطبيعية على النمو السكاني إلا أن أغلب الباحثين سواء كانوا في علم الاجتماع أو الديمغرافيا يضطرون إلى دراسة الظواهر الديمغرافية إلى اعتماد فرضية

غياب الهجرة، و بهذا تصبح الخصوبة العامل المسيطر و المحدد الرئيسي و الأول لنمو الديمغرافي ، لذلك كان لزما دراستها وتحديد أهم العوامل المؤثرة عليها ، من خلال مختلف المؤشرات التي تمكننا من قياسها ، وخاصة تلك التي تحسن معرفتنا بالظاهرة .

في الجزائر عرفت الخصوبة مستويات مختلفة بسبب السياسات التي انتهجتها منذ الاستقلال إلى يومنا و التي هدفت في مجملها إلى تحديث البلاد في مختلف المجالات قصد تحسين ظروف حياة الأجيال الحاضرة و المقبلة ، غير أن هذه السياسات لم تعن بالتنظيم العائلي مما أدى بها لاحقا إلى استدراك الأمر و تبني برنامج وطني نتيجة لما شاهدته من زيادة مفرطة في عدد السكان .

دشن أول مركز للمباعدة بين الولادات في مستشفى مصطفى باشا سنة 1967 م وفي نفس الفترة أصدر المجلس الإسلامي الأعلى فتوى تبيح التنظيم الإرادي للولادات دون اللجوء إلى الإجهاض ألعمدي .

في بادئ الأمر، أعلنت الجزائر في مؤتمر بوخارست سنة 1974 م على لسان ممثلها أن التنمية هي أحسن وسيلة لمنع الحمل، واستمرت هذه السياسة إلى أن عاشت الجزائر مرحلة حرجة ، تميزت باختلال التوازن بين معدل النمو السكاني ومعدل النمو الاقتصادي، مما أدى بالحكومة الجزائرية إلى إعادة النظر في سياستها.

توج التوجه الجديد بتطبيق رسمي لبرنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي سنة 1983 م و إنشاء أول جمعية جزائرية لتخطيط العائلي سنة 1987 م .

وهكذا عرفت معدلات الخصوبة انخفاضا ، و ترجم ذلك بدخول الجزائر في المرحلة الثانية من مراحل الانتقال الديمغرافي (انخفاض مستمر في معدلات الوفيات مع انخفاض معدل الولادات بوتيرة أسرع).

قدر المؤشر التركيبي للخصوبة حسب معطيات الحالة المدنية سنة 1964 م بحوالي 6.9 طفل لكل امرأة ثم ارتفع إلى 8.36 طفل لكل امرأة سنة 1970 م لينخفض ؟إلى 7.4 و 6.96 طفل لكل امرأة حسب نفس المصدر (الحالة المدنية) خلال سنتني 1977 م و 1980 م و قدر المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة هذا المعدل بما يعادل 5.4 طفل لكل امرأة لكنه انخفض إلى 4.4 طفل لكل امرأة حسب معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل في سنة 1992 م

و قد أرجع الأستاذ علي قواوسي[1] هذا الاختلاف " إلى تراجع سن الزواج الذي يفسر حوالي 50 بالمائة من هذا الانخفاض م هذا من خلال الفترة 1970 م إلى 1986 م " [1]

في حين أرجعه درديش عند تطبيقه لنموذج بونقاردس إلى " انتشار وسائل منع الحمل التي ساهمت في تخفيض خصوبة الزوجية بحوالي 1.54 طفل لكل امرأة في الفترة ما بين 1986 م 1992 م " [2]

فإذا أردنا التعمق في دراسة الخصوبة ، سوف نجد أن هناك بعض الجوانب التي من شأنها مساعدتنا في كشف النقاب أكثر على هذه الظاهرة ومن بين هذه الجوانب نجد الجانب الصحي ، فقد شهدت أوروبا في القرن 19 بداية التغيرات الوبائية لتتعدى بعدها بقرن أو أكثر لباقي مجتمعات العالم تحت أثر الانتقال الديمغرافي هذا الأخير الذي سمح لمعظم سكانها بالانتقال من نمط قديم معروف بوفيات وخصوبة عاليتين إلى النمط الحديث أين انخفضت فيه الوفيات وخصوبة منظمة وصلت إلى طفلين لكل امرأة أو ما دون.

و قد كان الانتقال الصحي محل نظرية في بداية سنوات 70 و بالضبط سنة 1971 م من طرف الباحث عمران الذي قسمها إلى ثلاث نماذج :

01- النموذج الكلاسيكي للدول المتقدمة: والمتميز بانخفاض بطئ للوفيات و الخصوبة ابتداء من القرن 19.

02- النموذج المتأخر للدول السائرة في طريق النمو : و المتميز بانخفاض سريع للوفيات و خصوبة عالية .

03- المتغير السريع لنموذج الكلاسيكي : المتميز بانخفاض سريع للوفيات و الخصوبة في مدة قصيرة.

إن هذا التميز في المراحل كان له الدور الكبير في التأثير المباشر و الغير مباشر على الخصوبة في الجزائر

و نظرا لتعدد الآراء و التوجهات حول تأثر الخصوبة بهذه التغيرات الصحية و بناء على ما سبق نحاول

معرفة مدى تأثيـر الانتقــــال الصحـــي على الخصوبـــة في الجزائـــر ؟

---

[1] Kouaouci A, (1992).Familles, femmes et contraception: contribution à une sociologie de la famille Algérienne, CENEAP, Algérie, P49.

[2] درديش أحمد ، اثر انتشار وسائل منع الحمل على الخصوبة في الجزائر ، رسالة لنيل شهادة الماجيستير في الديمغرافيا ، معهد العلوم الاجتماعية ، جامعة البليدة ،الجزائر ، 1997، ص.112. -

و يندرج تحـت هـذا التساؤل مجموعـــة مـن الأسئلـــة الفرعيــة و التـــي يمكـــن إدراجهـــــــا كما يلـــي :

01 / مــاهي مراحـــل الانتقـــال الصحــــي فـــي الجزائـــــر ؟

02 / مــاهي أهـــم التطـــورات التـــي شاهدتهـــا الخصوبـــة في الجزائـــر ؟

03 / كيـــف أثرت المراحـل الصحيـــة على تغييـــر الخصوبـة في الجزائــــــر ؟

و الإجابــة على هـذه الأسئلــة ليست بالأمــر الهيـن أو السهـــل خاصــــة في الوقت الحالــي نظرا لصعوبــة التكهن بمــا سيحدث في ظــل التطورات السريعــة التي يشهدها كــلا من الجانب الصحي والمظهـر الديمغرافي ، و عليـه فإن ضــرورة طـــرح مثل هذه الأسئلــة عن هـذا الموضوع سيقودنا إلـــى فهـــم و استيعـــاب الوضـــع الذي يعيشــه سكــان الجزائر ومحاولـــة التنبـؤ بمــا قـد تصل إليــــه الجزائر من زيـادة في عدد السكان تكـون سبب فــي عجـز اقتصادي أو نقص فــي عدد السكان يكـــون سبـب في عجـــز سكاني ، بحســب ما توصلت إليـــه الجزائـــر من توقعــــــــــــات

<u>ثانيا: الفرضيات:</u>

إن دراسة هذا الموضوع تحتم علينا وضع فرضيات و التي تعتبر كإجابات مؤقتة تحتمل الصواب كما تحتمل الخطأ و تتمثل هذه الفرضيات في :

<u>الفرضية العامة</u> :
التطور الصحـي في الجزائـــــر ساهم مساهمـة فعـــالة في انخفاض الخصوبــــة بها (أي بالجزائر) .
<u>الفرضيات الجزئية</u>:
*التطـــور الصحــــي في الجزائـــر أدى إلـــى تراجـــــع الأمراض المعديــــــة .
* التطـــور الصحي في الجزائـــــر أدى إلى انتشـــار الأمراض المزمنــــــة والمستعصيــــــة .
*انخفاض الخصوبة في الجزائر راجع إلى مجموعة كبيرة من العوامل و سيتم الكشف عن هذه الفرضية بالمؤشرات التالية :
-عوامل وسبطية : نكشـــف عن هذه المؤشـــرات بالوحــــدات التاليــــــــة :
العمر عند الزواج الأول .
استعمال وسائل منع الحمل .
الرضاعة بالإضافة إلى مجموعة أخرى من العوامل الوسطية .
-عوامل غير وسطية : تكشـــف عن هذه المؤشـــرات بالوحــــدات التاليــــــــة :
الوضعية الاقتصادية للأسرة .
العادات و التقاليد .
وضعية المرأة في المجتمع .

ثالثا : أسباب اختيار الموضوع :

يمكــن إرجــاع أسبــاب اختيــار الموضــوع إلــى مجموعـــة مــن الأسبـــاب يمكـــن حصــر أهمهـــا فـــي :

01/ التطورات السريعــة لكل من الخصوبــة و الصحــة و محاولـــة معرفة كل مـــا جد حول هذيــن المتغيريـــن .

02/ باعتبــار أن الخصوبـــة في الجزائـــر من أهــم الظواهــر التي نالــت قسطـــا كبيــر من الدراســة سواء كـــان هذا مــن طرف علماء الاجتماع أو الديمغرافيين و كذا الطلبــة غيــر أن هـــذه الدراســات كانــت شاملـــة معتمــدة علـــى نفس المؤشرات فــي تحليـــل الظاهـــرة وتفسيريهـــا ، غيـــر أن هــذه الدارســـة تحاول التطـــرق إلى أحــدث التطورات الصحيــة وكيفيــة تأثيـــر هذه التطورات علـــى تغيير معــدلات الخصوبـــة .

03/ باعتبــار أن الخصوبــة مـن أهم أساسيــات النمــو السكانـــي هـــذا الأخير الذي يعتبــر مــن المواضيــع التي حضـــت باهتمــام كبيـــر منذ الأمــم السالفة و هو يمثــل سلاح ذو حديــن الأول عامــل من عوامــل تحقيــق التنميــة و التقـــدم للمجتمعـــات ، و الثانـــي عامــل من عوامـــل الإعاقـــة و خلـــق المشاكـــل فمــن خلال هذه الدراسة سوف يتم تحديــد العامليـــن للاستفـــادة مــن الأول و المتمثل في كونه عامل من عوامل التنمية و التقدم و تفـــادي الثاني و المتمثل في كونه عامل من عوامل الإعاقة و خلق مشاكل سكانية كالانفجار السكاني .

04/ تـم اختيــار تأثيـــر الانتقـــال الصحـــي علـى الخصوبـــة فـي الجزائــر لاعتبار الانتقـــال الصحـــي جانـــب من الجوانـــب الاجتماعيـــة و الخصوبـــة كونها مظهر من المظاهـــر الديمغرافيـــة و بالتالـــي يتـــم توظيـــف ما دارسنـــاه في علــم الاجتمـــاع كشعبـــة من جهـــة و الديمغرافيـــا كـفرع من جهــة ثانيــة .

05/ نظــرا لتطورات السريعــة التي تشهدهـــا الخصوبـــة من فتـــرة إلـــى أخرى فلا بـــد من وجود دراســـات حديثة خلال هذه الفترات للكشف على ماهو حديـــث في كل فتــرة من هـــذه الفـترات.

رابعا : أهداف الدراسة :

تكتســي هذه الدراســة أهميــة بالغــة من حيث حداثــة الموضــوع و ذلــك بالنظـــر إلـــى المجهودات المبذولــة من طــرف دول العالــم من خلال مساعيهـــا المتواصلــة لتذليــل

مختلـف الصعاب التي تواجهها وتطويـر نفسهـا فـي مختلـف المجالات، لاسيمـا الدول الناميـة التـي تحاول باستمـرار ربـح الوقـت و تقليـص الفجـوة بينهـا و بين الدول المتقدمـة و هذا مـا يمكـن ملاحظتـه مـن خلال مختلـف التغيرات و التطورات التـي يشهدهـا البرنامـج التعليمـي سـواء علـى مستـوى الدراسـات ما قبـل التدرج أو الدراسـات ما بعـد التدرج وعليـه يمكـن حصـر أهداف هـذه الدراسـة فـي :

01/ محـاولة تسليـط الضـوء على أحـد المظاهـر الفعالـة و الحساسـة في الديمغرافيـا أل و هـي الخصوبـة وكشـف كل تغيـر من شأنـه أن يمس هذه الأخيـرة للاستفـادة منـه إذا كان نافـع الحفاظ علـى إستمراريتـه و تجنبـه إذا كان ضـار و محاولـة القضـاء عليـه .

02/ باعتبـار أن الصحـة تاج ذهبـي فوق رأس كل سليـم لا يـرى هـذا التـاج إلا مـن يعانـي من مرض معين فإننـا نحاول مـن خلال هـذه الدراسـة حصر هذا الجانـب علـى الصحـة الإنجابيـة للكشـف عن مختلـف الجهـود التـي بذلتهـا الدولـة من أجـل سلامـة الأم أولا ثـم سلامـة الطفـل .

03/ كشـف النقاب عـن التأثيـر الكبيـر الذي تلعبـه الصحـة علـى الخصوبـة و كيـف يمكـن الحفاظ علـى خصوبـة الإنسـان بصـورة منتظمـة فـي ظـل التطورات الصحيـة المتواصلـة ،كمـا يمكـن الكشـف عن الخطـر الكبير الـذي يمكـن أن يحيـط بخصوبـة الإنسـان إذا مـا انقطـع عن متابعة هذه التطورات .

04/ محاولـة إبراز مـدى حتميـة الانتفـاع و الاستفـادة مـن الخدمات الصحية المتطـورة مـن أجـل تحقيق النمـو الديمغرافـي الأمثـل للسكـان في مختلف الـدول العربيـة وعلـى رأسهـا الجزائـر .

05/ التحسـس بمـا ألت إليـه الـدول الناميـة مـن نتائـج غيـر مرضية أن لم نقـل سيئـة نتيجـة التقليـد الأعمى لـدول المتقدمـة دون مراعـاة الفوارق الكثـير فـي معظـم المجـالات.

06/ فـي الأخيـر يمكـن التوصـل إلى نتائـج و توصيـات مـن شأنهـا رفع المستـوى الفكـري للسكـان فيمـا يخص سلامـة و صحـة السكان مع الحفاظ علـى الكيـان البشـري.

خامسا : تحديد المفاهيم :

بمكـن تحديـد المفاهيـم الوردة في الدراسـة فيما يلـي :

01/ الانتقال :

هو التحـول من مكـان إلى أخر أو التحـــول مـــن موضع إلى أخـــر أو من مرحلـــة إلــى مرحلـة أخــرى تختلـف عن الأول إن لم يكـن هـــذا الاختلاف جذري فهو جزئي.

و يقصد بالانتقـال فـي هـذه الدراســـة التحــول من مرحلـــة ديمغرافيـــة قديمـــة إلى مرحلة ديمغرافيــة حديثـــة تختلـف عن سابقتـــها في أمور عـدة نركـز منـــها علــــى الصحيـــة .

02 الصحة :

تعريـف منظمـــة الصحـــة العالميـة:الصحـــة هي حالــة من اكتمـــال لياقــة الشخص بدنيا وعقليـا ونفسيـا و اجتماعيـــا و لا تقتصــــر على مجــرد انعــــدام المرض أو الـــــــداء.

من خلال هـذا التعريف للصحـــة من طرف منظمـــة الصحة العالمية يمكن ملاحظة الارتبــاط الوثيــق بين الجوانـــب الثلاثـــة أل وهـــي الجانب المدنـــي و الجانب العقلي و الجانب النفســـي والجانب الاجتماعـــي و أن أي اختلال في جانب من هذه الجوانـــب قد يؤثـر ذلك سلبــا علــى بقيــة الجوانـــب الأخرى و بالتـــالي يـــؤدي إلى خلـل في الصحــــــة .

كما يمكـــن تعريف الصحـــــة بأنها حالـــــة التوازن النسبـــــي لوظائف الجسم ، و أن هـــــذه الحالـــة تنتج من تكيـــف الجسم مع العوامــــل الضارة التـي يتعرض لها هذا الأخيـــر سواء كانت هـــذه العوامــــل داخليـــــة أو خارجيـــــة ، و يوافق هذا التعريـــــف ما جاء بـــه العالم بركنز حيث يؤكـــــد هذا العالــــم على أن تكيـــــــف الجسم مع العوامــــل الضارة هو عمليـــــة إيجابيـــــة مستمرة تقوم بهــــا قوى الجسم المختلفـــة للمحافظـــــة علـــى حالـــــة التوازن .

وفــي هذه الدراســـــة سوف تحاول التعرف على الصحـــــة بصورة أوســـع و ذلك بالتركيـــز علـــى صحة الأم و الطفـــــل .

03/الانتقــــال الصحـــــي :

و يقصـد بالانتقـــال الصحي خلال هـــذه الدراسة المراحــــل التي مرت بها السياسة الصحيـــة المتبعـــة عبــر الفترات الزمنيــة المختلفـــة و كيـــف تغيـــرت الأوضاع الصحيــة للسكــــان في كل مرحلــة من مراحـل هذا الانتقـــال .

04/ الخصوبة :

يطلــق لفظ الخصوبـــــة للدلالـــــة على ظاهـــــرة الإنجاب فـــي مجتمـــع ما ، كما يعبــر عنهــا بعدد المواليـــد الأحيـــــاء ، كمــا تعتبر الخصوبـــة ظاهرة ديمغرافية قابلـــــــة لتجديـــــد والإعـــادة فبإمكـــــان المرأة أن تلد أكثـــر مـــن مرة واحدة و كما هي الخصوبــــــة مختلفــــــة مـــــن امرأة على امرأة أخرى فهـــي تختلف من مجتمـــع على مجتمـــع أخر و يمكـــن إرجاع هـــذا الاختلاف إلـــى عـــدة عوامل منهـــا العوامـــل الاجتماعيـــــة و العوامـــــل الاقتصاديـــــة والعوامـــــــل البيئيـــة كما يمكـــــن إرجـــــاع هذا الاختلاف إلى السياسيـــات المتبعــــة من طـــرف المجتمع ومـن هنـا تكمـن أهميــــة دراستنا خاصــــــة إذا تعلـــــق الأمر بالسياســـــة الصحية في مجتمــــــع عربـــــي إسلامــــــي ألا وهو الجزائـــــــــر .

سادسا :المناهج المعتمد عليها :

قبل التطرق إلى المناهج التي تم الاعتماد عليها خلال دراسة هذا الموضوع تجدر بنا الإشارة إلى معنى المنهج بصفة عامة دون تحديد أو تخصيص هذا الأخير الذي يعني مجموعة من القواعد والخطوات يتم وضعها بقصد الوصول إلى حقائق و نتائج المعرفة العلمية ، فهو كما جاء في كتاب علم اجتماع السكان لدكتور علي عبد الرزاق جلبي : الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة في اكتشاف الحقيقة .

ويرتبط المنهج المستعمل في البحث ارتباط وثيق بموضوع البحث و الأهداف التي يسعى الباحث للوصول إليها من خلال بحثه كما يمكن للباحث أن يستعمل أكثر من منهج واحد في نفس الدراسة بحسب ما يلاءم دراسته للكشف عن خبايا الموضوع محل الدراسة .

و انطلاقا من طبيعة الموضوع المدروس و الذي جاء تحت عنوان تأثير الانتقال الصحي على الخصوبة في الجزائر وعليه فإن هذه الدراسة تطلبت إتباع المناهج التالية:

01/ المنهج الوصفي :

بصفة عامة فإن هذا المنهج يعتبر طريقة لوصف الظاهرة المدروسة و تقديريها تقدير كمي و ذلك عن طريق جمع المعلومات المقننة عن المشكلة تصنيفيها و تحليلها ثم إخضاعها لدراسة ، إما بصفة خاصة فإنه

يتم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي في جمع معلومات دقيقة و مفصلة حول كلا من الخصوبة و المراحل الصحية التي مرت بها الجزائر منذ الاستقلال إلى يومينا هذا و ذلك من خلال تحليل كل مرحلة على حدا حيث يتم ذلك من خلال الكشف عن متغيرات كل مرحلة و

معرفة سلبيات و إيجابيات كل مرحلة من هذه المراحل لنتوصل في الأخير إلى محاولة ربط الخصوبة بهذه المراحل لتعرف على مدى تأثر الخصوبة بكل مرحلة من هذه المراحل .

كما يمكن الاعتماد على هذا المنهج في محاولة الاستفادة من إيجابيات كل مرحلة من مراحل الانتقال الصحي على الخصوبة وتفادي سلبياتها.

02/ <u>المنهج التاريخي :</u>

ولا يقتصر استخدام هذا المنهج على الباحث التاريخي فقط و إنما يمكن استخدامه من طرف كل باحث مهما كان تخصصه ويقصد بهذا المنهج الطريقة التي يعتمد عليها الباحث في الكشف عن نشأة الظاهرة، فقد تم الاعتماد على هذا المنهج في الكشف عن مراحل الانتقال الصحي منذ الاستقلال إلى يومينا هذا وكذا مراحل الانتقال الديمغرافي التي مرت بها الخصوبة في الجزائر، فهذا التطور لكل من الخصوبة والصحة مر بمدة زمنية معينة تستحق إتباع المنهج التاريخي للكشف عنها .

03/ <u>المنهج الإحصائي :</u>

يعتبر المنهج الإحصائي من أهم المناهج التي يعتمد عليها الباحث الديمغرافي خلال دراسته من غير المنطقي التطرق إلى دراسة ديمغرافية مهما كانت بسيطة دون التطرق إلى هذا المنهج و عليه فقد تم الاعتماد على المنهج الإحصائي في الحصول على مختلف

الإحصائيات المتعلقة بالخصوبة ، كما يتم الاعتماد على هذا المنهج في استخراج المعدلات و النسب بهدف تبسيط الإحصائيات لتسهيل دراستها و التعليق عليها وكذا الحكم عليها .

<u>سابعا: مصادر جمع المعلومات</u>

01/ <u>التعدادات :</u>

هي العملية الكلية لجمع و تجهيز و تقويم و تحليل و نشر البيانات الديمغرافية و الاقتصادية والاجتماعية المتعلقة بالأفراد في قطر أو جزء أو مكان محدد بمعالم و في زمن معين في مختلف المجالات و بالتالي يمكن القول بأن التعدادات تعتبر المصدر الرئيسي في معظم دول العالم إذ لم نقل جميع دول العالم للدراسات السكانية المختلفة سواء كانت هذه الدراسات من حيث كثافتهم أو تركيبهم إذ يعتبر الأهم في هذه الدراسات هو تحديد الزمان و المكان .

02/ <u>الحالة المدنية :</u>

تعتبر الحالة المدنية المصدر الثاني من مصادر جمع المعطيات إذ يمكن الحصول على إحصائيات سكانية من شانها أن تعطي صورة متحركة عن إجمالي ما يحيط بنا من سكان من حيث مختلف الإحداث الحيوية التي يعيشونها في حياتهم اليومية فهي تقوم بتزويد الباحث بمجموعة من البيانات الديمغرافية كما تعتبر الحالة المدنية المصدر الأساسي الذي يعمل على

تزويد الباحث بمعلومات كافية حول عدد السكان، والتغيرات المدنية المستمرة التي تطرأ على هؤلاء السكان تؤثر تأثير كبير على حياتهم و ذلك من حيث عدد المواليد و عدد الوفيات وعدد المهاجرين و عدد البطالين و...الخ ، فهي ترسم صورة متكاملة للعالم الصغير أل وهي البلدية وفي مجموع البلديات يتمكن الباحث من معرفة كل ما يحتاج إليه من إحصائيات .

03/ التحقيقات :

هي مصدر أخر من المصادر التي تم الاعتماد عليها وتعتبر الجزائر من بين الدول التي تهتم بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول سكانها في مختلف المجالات، فبالإضافة إلى معطيات التعدادات والحالة المدنية فقد وصل عدد المسوح التي عنيت بالظواهر الديمغرافية في الجزائر إلى اربعة مسوح هي على التوالي :

المسح الأول: تم إجراء هذا المسح سنة 1970 تحت عنوان الدراسة الوطنية الإحصائية للسكان .

المسح الثاني: تم إجراء هذا المسح سنة 1986 تحت عنوان المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة .

المسح الثالث: تم إجراء هذا المسح سنة 1992 والذي جاء تحت عنوان المسح الوطني الخاص بصحة **الأم** والطفل .

المسح الرابع: تم إجراء هذا المسح سنة 2002 والذي جاء تحت عنوان المسح الوطني الخاص بصحة الأسرة

سابعا: الدراسات السابقة

لا تخلو أي دراسة من الدارسات الحديثة من الدراسات السابقة سواء كانت هذه الدارسات السابقة قد تناولت جزاء الموضوع أو الموضوع ككل و موضوع تأثير الانتقال الصحي على الخصوبة في الجزائر كغيره من الدراسات الحديثة مجموعة من الباحثين بدراسته جاءت هذه الدارسات كما يلي :

قامت وزارة الصحة بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصاء بإجراء المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992 [3]على عينة ممثلة تشمل 6500 أسرة معيشية و لقد أبرز هذا المسح أن معدل الخصوبة الكلية قد انخفض إلى 4.4 طفل لكل امرأة خلال الخمس سنوات التي سبقت العملية أي خلال سنة 1987 م كما أن دالة المعدلات العمرية للخصوبة بينت أن هذه الأخيرة بدأت في الانخفاض عند الفئات العمرية المتقدمة في السن مع وجود اختلاف خصوبة الوسطين

[3] ONS, (1992). Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant : Rapport principal, Alger, P 28.

حيث بلغ معدل الخصوبة الكلية 5.3 طفل لكل امرأة في الريف في حين بلغ معدل الخصوبة الكلية 3.6 طفل لكل امرأة في المدن .

كما أكدت الدراسة على تأثير التعليم على الخصوبة فمتوسط عدد المواليد الأحياء الذين أنجبتهم أمهاتهم طيلة فترة حياتهم الإنجابية بالنسبة للنساء المتزوجات أو اللائي سبق لهن الزواج ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي و يرتفع بانخفاض المستوى التعليمي للمرأة .

*مع مطلع سنوات التسعينات قام الدكتور قواوسي علي[4] بدراسة تطور الولادات ما بين 1970-1986 ;ذلك بإستخدام طريقة :"La double standardisation" التي تسمح بتحليل الفرق بين معدلين للمواليد مع حساب أثر التركيبة حسب العمر و الجنس، أثر نسبة المتزوجين و أثر الخصوبة الشرعية، فتبين عندها أن تراجع المواليد خلال هذه الفترة يرجع إلى تراجع الزواج الذي لعب دورا أساسيا متبوعا بانخفاض الخصوبة داخل الزواج أما التركيبة حسب العمر و الجنس لعبت دورا ضئيلا في اتجاه رفع الولادات و عند تطبيقه لنموذج بونقاردس الهادف إلى قيادة تأثير و مساهمة العوامل الوسطية للخصوبة الشرعية تبين أن تراجع الرضاعة لعب دورا أساسيا في سنة 1970 م في إلغاء أثر انتشار موانع الحمل خاصة في المدن، هذا الدور الذي استخلف عام 1986 بالاستعمال الواسع لهذه الموانع التي أصبحت العامل المحدد للخصوبة.

*الدراسة التي ضمها كتاب الانتقال الديمغرافي في بلدان الجنوب و هو خلاصة للأيام العلمية الثالثة لشبكة الديمغرافيين للوكالة الجامعية للفرنكوفونية عام 1998، و التي قام من خلالها الدكتور قواوسي علي بالبحث في

الانتقال الديمغرافي في منطقة المغرب العربي و التي جاءت بعنوان (السياسة السكانية، الضغط المالتوسي أو الانتشار الثقافي: أي نموذج للانتقال بالنسبة للمغرب العربي) [5]حيث وصف هذا المسار بالظاهرة الموجهة

للمجتمع وان هذا الأخير سيعرف تغيرات عميقة و غير متوقعة على مستوى العائلة، سوق الشغل و حتى النظام السياسي، ثم أكد بأن تراجع الزواج لعب دورا أساسيا في هذا الانتقال أكثر من الدور الذي لعبته الخصوبة بتراجعها و استعمال موانع الحمل.

---

[4] Kouaouci, A. (1992). «Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986 », Population 47(2), pp.327 –351.

[5]Kouaouci, A. (1998). «Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? », In les transitions démographiques des pays du Sud, pp. 53– 64. Editions ESTEM Paris.

ثم أشارة دراسة الدكتور علي قواوسي إلى أن المجموعة العمرية 15- 25 سنة هي أحد أهم ضحايا هذا الانتقال بل و هي محركه في آن واحد، و لا يمكن تحميل السياسة السكانية فقط كل الآثار الناجمة عن هذا الانتقال لأنه برغم اختلاف تاريخ بدايتها في كل من تونس، الجزائر و المغرب إلا أن هذه البلدان تملك مستويات متقاربة في الخصوبة، الزواج و استعمال وسائل التخطيط العائلي.

الدراسة التي جاءت في نفس الكتاب المذكور أعلاه و التي قام بها الباحث بو يسرى عبد العزيز بعنوان "الانتقال الديمغرافي في الجزائر، رؤية مستقبلية" حيث استهلها بالتحدث عن السياسة السكانية في الجزائر من المرحلة التي كانت فيها الجزائر قادرة على تغذية 50 مليون ساكن و شعار أن أحسن قرص هو التنمية و عدم دمج المشاكل السكانية ضمن السياسات التنموية إلى مرحلة التأكد من أن إشكالية السكان هي أحد العوائق الكبرى في وجه التنمية الاقتصادية و الاجتماعية و عدم تحقيق الأهداف المنشودة من طرف السلطات العمومية ترجم في الواقع بتطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي الهادف إلى التقليص و التنظيم الإرادي للنمو السكاني و ذلك في إطار احترام القيم الاجتماعية و الضوابط الدينية و بمعنى آخر وضع معادلة السكان و التنمية في الإطار الأمثل و الصحيح آخذين في الحسبان الجانب التاريخي، الثقافي، الاقتصادي و الديمغرافي للمجتمع.

كما أشارت هذه الدراسة إلى تحليل محددات تراجع معدلات المواليد و سن الزواج و ارتفاع المستوى التعليمي خاصة عند الإناث زيادة على مشاركة المرأة في الحقل الاقتصادي كما طرقت هذه الدراسة إلى الجانب الديني وبأن الإسلام لا يتعارض مع تنظيم النسل و الأزواج لهم الحرية المطلقة في توقيف الإنجاب أو تحديد عدد أطفالهم بل و أكثر فهم أحرار في تنظيم حياتهم الزوجية و العائلية مقارنة بالعوائق الموضوعية و اختياراتهم المعيشية و أن استعمال موانع الحمل جائزة شرعا مع التحرير المطلق للإجهاض إلا في الإطار الطبي والقانوني اللذان يسمحان بأنقاض حياة الأم.

البحث الذي قامت بها نادية عتوتو وآخرون [6] حول تأثير المستوى التعليمي للإناث على أسباب الخصوبة و الزواج ما بين 1970- 1998 موضحين أسباب ارتفاع في سن الزواج مع تقلص الفارق العمري بين الزوجين إلى تمدرس الإناث من جهة و مشكل البطالة و إيجاد السكن بالإضافة إلى ارتفاع تكاليف الزواج من جهة أخرى

ساهمت في تراجع سن الزواج و أن هذا الأخير كان سببا في نسبة 65% من تقلص الخصوبة الملاحظة ما بين 1970- 1986.

---

[6] Attout, N et all (2001).Education, Fécondité et Nuptialité, CENEAP, Algérie, P55.

كما كشف التحقيق الوطني حول صحة العائلة في سنة 2002 م [7] الذي أجرى على عينة مكونة من 10200 عائلة الانخفاض المستعمر في المؤشر التركيبي للخصوبة للخمس سنوات التي سبقت العملية والذي قدر

ب 2.4 طفل لكل امرأة مع وجود اختلاف بين الوسطين حيث قدر ب 2.1 طفل لكل امرأة في الوسط الحضري و 2.7 طفل لكل امرأة في الوسط الحضري ، مع معدلات قصوى لدى الفئة العمرية 30- 34 سنة.

أما الاهتمام بالانتقال الصحي فبدأت ملامحه في الظهور بعد التحقيق الوطني للصحة في سنة 1990 م الذي أجرى على 12000 عائلة و كان الهدف من هذا التحقيق هو:

- معرفة الحالة المرضية للسكان، طلب العلاجات و استعمال الخدمات الصحية.
- معرفة ثقل الأمراض المزمنة التي يعاني منها السكان.
- و قد اتضح بأن الأمراض المزمنة و المستعصية هي الأكثر انتشارا و سببا رئيسيا في طلب المفحوصات الطبية و الاستشفاء مع بقاء نسبة لا بأس بها من الأمراض المعدية.

التحقيق الوطني حول الاستعجالات الطبية و الجراحية في سنة 2003 م الذي امتد ما بين 3- 10 مارس 2003 و يشمل 191570 مريض و الذي وضح بأن معظم الوفيات كانت ناجمة عن أمراض القلب والشرايين حيث قدر معدل الوفيات الناتجة عن هذين المرضين ب 17.93% مع وجود نسب عالية من الضغط الدموي قدرت معدلاتها ب 5.96%، الربو بمعدل 3.72% و الداء السكري بمعدل 3.27%.

التحقيق الوطني للصحة في سنة 2005 الذي يدخل في الإطار العام لمشروع البحث حول الانتقال الوبائي و أثره على النظام الصحي في بعض البلدان الأوروبية و إفريقيا الشمالية و الهادف إلى تقدير الأمراض على مستوى السكان، استهلاك العلاجات و نسبة عوامل الخطر القلبية و الشريانية لإنشاء إستراتجية لتسير هذا للانتقال والوصول إلى المستوى الصحي الأمثل.

ثامنا: صعوبات الدراسة:

لا تخلو أي دراسة سواء كانت علمية أو نظرية أو تطبيقية من صعوبات تقف أمام الباحث ومن الواضح جدا أن التطرق إلى مثل هذه الدراسة التي تتميز باتساع نطاقها وشموليتها لا يخلو من صعوبات يمكن حصر أهمها في:

01/ قلة الإحصاءات الخاصة بالجزائر بالإضافة إلى امتناع بعض المصالح عن تقديم المعلومات الخاصة بدراسة الموضوع بحجة السرية.

[7] ONS, (2002). Enquête Algérienne sur la santé de la Famille: Rapport principal, Alger P 36.

02/ قلة المراجع في المجال الديمغرافي خاصة التي باللغة العربية مما اضطرنا إلى الترجمة من اللغتين الفرنسية والانجليزية إلى اللغة العربية و بالتالي استغراق وقت طويل ومجهود أكبر .

وغيرها من المصاعب التي لم تكن عائقا أمام دراستنا ولكنها كانت دافعا للاستمرار في البحث من اجل الوصول إلى نتائج أفضل.

الفصل الثاني

الانتقال الصحي في الجزائر

مقدمـــة الفصل :

يعد النمو السكاني من أبرز الظواهر الديمغرافية المميزة في العصر الحديث حيث يمثل تحديا هاما للبشرية خاصة، سواء كان هذا على مستوى الدول المتقدمة أو الدول السائرة في طريق النمو هذه الأخيرة التي يتزايد سكانها بمعدل كبير يفوق معدل التزايد في حاجاتهم الاقتصادية ويرتبط نمو السكان بصفة عامة بالزيادة الطبيعية والتي تمثل الفرق بين معدل المواليد ومعدل الوفيات، وقد عرف النمو السكاني تزايد بطئ للغاية و كان ذلك حتى أوائل القرن العشرين ويرجع هذا الانخفاض بطبيعة الحال إلى الارتفاع الكبير في مستوى معدل الوفيات مما يؤدي إلى نقص في الزيادة الطبيعية التي عرفت تراجع كبير كما يمكن إرجاع هذا الارتفاع الكبير في مستوى الوفيات إلى مجموعة من العوامل البيئية التي كانت ضابط أساسي لنمو السكاني ومتحكم رئيسي في حركته بدرجة كبيرة و أبرز هذه العوامل نجد المجاعات والحروب والأمراض الوبائية غير انه خلال هذه الدراسة سوف يتم التركيز على العامل الأخير ألا وهو الأمراض الوبائية حيث كانت في تلك الفترة فنون الإنسان وقدراته الفكرية و العضوية عاجزة عن مقومتها غير انه و في العصور الحديثة تمكن الإنسان من تطوير هذه الفنون وتنمية و تقوية هذه القدرات الفكرية و العضلية ، فاستطاع و لو بصورة نسبية مواجهة هذه الأمراض الوبائية وذلك في إطار ما يعرف التطور الصحي ، هذا التطور مر بمجموعة من المراحل الصحية أو كما عرف في علم السكان أو الديمغرافيا بالانتقال الصحي مع الإشارة قبل ذلك إلى تطور نمو السكان خلال هذه الفترة حيث تم التوصل خلال دراسة هذا الأخير (النمو السكاني) إلى انه تم تقسيمه إلى مراحل أو دورية ديمغرافية تتميز كل منها بسمات خاصة و متعددة حول تطور كان من المواليد و الوفيات و تعرف هذه النظرية بنظرية الانتقال الديمغرافي و التي تولد عن دراستها نظرية الانتقال الصحي و ذلك لما للجانب الصحي من تأثير كبير و هام على زيادة أو نقصان السكان وعليه سوف يتم خلال هذا الفصل التطرق إلى كلا من النظريتين على مستوى العالم ثم نتطرق لها على مستوى الجزائر لننتقل بعد ذلك إلى أهم نتائج هذا الانتقال في الجزائر و أهم البرامج الوطنية لهذا الانتقال في الجزائر .

المبحث الأول: الانتقال الديمغرافي

المطلب الأول: نظرية الانتقال الديمغرافي

تعتبر نظرية الانتقال الديمغرافي واحدة من أهم النظريات الديمغرافية التي تهتم بالسكان عبر العصور المختلفة و المتعاقبة في جميع دول العالم بغض النظر عن تقدمها أو سيرناها في طريق النمو .

وقد أقيمت هذه النظرية أي نظرية الانتقال الديمغرافي على أساس تجارب بيولوجية معملية في أول الأمر على بعض الكائنات الحية و قام بها العالم ريموند بيرل " واستنتج أن النمو الطبيعي يحدث في دورات مميزة في خلال الدورة الواحدة وفي مساحة معينة وسط معين إذ توصل إلى أن النمو يبدأ ببطء ثم ما يلبث أن يتزايد بالتدريج وبنسبة ثابتو حتى يصل إلى منتصف الدورة بعد هذه الدورة فإن الزيادة المطلقة للوحدة الزمنية تصبح أقل حتى نهاية الدورة و قد اعتمد هذا العالم في وصفه لنظرية الانتقال الديمغرافي على قانون رياضي حيث قام بالاعتماد على المنحنى اللوجستي وذلك ليتمكن من شرح منحنى النمو السكاني و تحديد المراحل أو الدوريات التي مر بها السكان خلال تواجدهم" [8].

وقد جاءت نظرية ريموند بيرل مساندة من طرف العالم الايطالي جيني " هذا الأخير الذي قام بوضع نظرية مشابهة و كان يرى من خلال هذه النظرية أن دورة النمو السكاني تشبه دورة حياة الفرد حيث أنها تتميز بمرحلة نمو سكاني سريع مبكر وهو ما يعرف في حياة الفرد بمرحلة الطفولة تليها مرحلة النضج والثبات والتي تعرف بمرحلة الشباب لينتهي في الأخير عند مرحلة الشيخوخة"[9] .

ومن خلال هاتين النظريتين يمكننا القول بأن الباحثين ريموند بيرل وجيني يرون بأن دورة النمو السكاني تتأثر تأثر كبير بحركة المواليد أو ما يعرف الخصوبة في تلك الفترة وفي ذاك المكان حيث انتهى هذان الباحثان إلى أن النمو السكاني يسير وفق منحنى يأخذ شكل S حيث يتشكل هذا الحرف من عدة مراحل أو دوريات كل دورة لها مميزات وخصائص تختلف عن الدورة التي تسبقها أو الدورة التي تليها .

ومن خلال ما سبق يمكن القول بأن نظرية الانتقال الديمغرافي من أبرز المظاهر المرتبطة بدراسة السكان فقد حضت هذه النظرية كغيرها من النظريات الديمغرافية باهتمام كبير فهذه النظرية تعتبر الممثل الوحيد للعلاقة بين معدل المواليد و الوفيات و ما يمكن أن ينتج عن هذين المعدلين من مؤثرات ديمغرافية تنعكس بضرورة الحال على معدل النمو السكاني في المجتمع .

و عليه يمكن تقسيم المراحل التي مر بها السكان خلال تواجدهم على هذه الأرض إلى أربع مراحل وتجدر بنا الإشارة إلى أن جميع دول العالم قد مرت بهذه المراحل سواء كانت هذه

---

[8] د. فتحي محمد أبو عيانة ، جغرافية السكان و أساسها الديمغرافية العامة ، دار الجامعات المصرية ، سنة 1977 م ، ص.241.

[9] د. فتحي محمد أبو عيانة ،الرجع السابق ، ص 241..

الدول متقدمة أو متخلفة والجزائر كغيرها من هذه الدول مرت بمراحل الانتقال الديمغرافي خلال نموها السكاني .

المطلب الثاني : مراحل الانتقال الديمغرافي

المرحلة الأولى:" تعرف هذه المرحلة من مراحل الانتقال الديمغرافي بالمرحلة البدائية و قد تميزت هذه المرحلة بارتفاع في معدل المواليد و معدل الوفيات معا ، و يتعرض السكان خلال هذه المرحلة إلى مجموعة من العوامل نذكر منها الأمراض الوبائية و المجاعات حيث تؤدي هذه العوامل إلى ارتفاع معدل الوفيات بأرقام كبيرة وخاصة وفيات الأطفال الرضع ضف إلى هذه الوضعية السيئة للأطفال فإن أغلبهم يموتون قبل 05 سنوات من عمرهم، و قد أدى هذا الارتفاع في معدلات الوفيات إلى عدم تزايد النموالسكاني زيادة كبير"[1] وعليه فقد قامت الجزائر كغيرها من الدول السائرة في طريق النمو إلى تقليد الدول المتقدمة في سياساتها السكانية إلى أن دخلت إلى المرحلة الثانية من مراحل الانتقال الديمغرافي .

المرحلة الثانية: "تعرف هذه المرحلة من مراحل الانتقال الديمغرافي بمرحلة التزايد السكاني المبكر تتميز هذه المرحلة بالنمو المتزايد والسريع للسكان والذي جاء نتيجة انخفاض معدل الوفيات مع استمرار معدل المواليد في الارتفاع و انطلقا من هنا تتسع الفجوة بين كلا من المواليد والوفيات وبالتالي ترتفع نسبة الزيادة الطبيعية"[2] ودخول الجزائر إلى هذه المرحلة كان قبل عقد أو عقدين من الزمن فقد عرفت تراجع واسع في معدل الوفيات مع لاستمرار الثبات النسبي في معدل المواليد فنتج عن ذلك تزايد في معدل الزيادة الطبيعية وصل إلى 3.2 % حيث أدى هذا الارتفاع في الزيادة الطبيعية إلى حدوث الانفجار السكاني الذي كان وليس بالزمن الطويل يمثل مشكلة العصر والتي شغلت بال الكثير من الدارسين باختلاف مجال دراستهم .

ويمكن الإشارة إلى أن التطور التكنولوجي من أهم العوامل التي أدت بالجزائر إلى الدخول في هذه المرحلة حيث تمكنت من خلاله أن تسيطر على الأمراض الوبائية و أن تخفض من معدل الوفيات في فترة زمنية قصيرة مع الثبات النسبي لمعدلات المواليد و عليه فإن ديناماكية الانفجار السكاني ترجع في الأساس إلى التراجع الكبير في معدل الوفيات الذي يرجع بدوره إلى السيطرة على أسباب هذه الوفيات .

---

[1] - د. فتحي محمد أبو عيانة ، جغرافية السكان و أساسها الديمغرافية العامة ، دار الجامعات المصرية ، سنة 1977 م ، ص.241.

[2] - د فتحي محمد أبو عيانة، المرجع السابق ، ص ص.242.243.

المرحلة الثالثة: "وتعرف هذه المرحلة من مراحل الانتقال الديمغرافي بمرحلة التزايد السكاني المتأخر وهي المرحلة التي تعيشها الدول ذات الخصوبة المتوسطة و الوفيات المنخفضة و يتميز النمو السكاني بأنه أقل مستوى من المرحلة السابقة ذات التزايد المبكر" .

المرحلة الرابعة: "وهي المرحلة الأخيرة من الدورة الديمغرافية وهي مرحلة الثبات والاستمرار الديمغرافيين حيث انخفض معدل المواليد والوفيات انخفاض ملحوظ" [3]

المطلب الثالث: مراحل الانتقال الديمغرافي في الجزائر أثناء الاحتلال

مر النمو السكاني في الجزائر أثناء الاحتلال الفرنسي بثلاث مراحل و كان ذلك ابتدأ من مطلع الاحتلال الفرنسي في سنة 1830 م إلى غاية سنة 1966 م وقد استغرق الانتقال الديمغرافي في الجزائر حوالي 136 سنة وقد تباينت مراحل هذا الانتقال تباينت مراحل هذا الانتقال تباينا كبير في جميع الجوانب و يمكن طرح هذه المراحل فيما يلي :

المرحلة الأولى : مرحلة التذبذب السكاني

تبدأ هذه المرحلة منذ بداية الاحتلال الفرنسي مستغرقة بذلك حوالي 56 سنة أي من 1830 م إلى غاية 1886 م وتعتبر هذه المرحلة من اخطر المراحل التي مر بها النمو الديمغرافي في الجزائر

"بحيث ظل نمو السكان يسير نحو الانخفاض بصورة مذهلة و مستمرة، ففي سنة 1830 م قدرت السلطات الفرنسية سكان الجزائر حسب إحصائية قامت بها بنحو 3 مليون نسمة في حين دلت النتائج الخاصة بإحصاء سنة 1972 م بأن عدد سكان الجزائر قد انخفض عن إحصائية 1830 م بنسبة 3/1 وكان هذا خلال أربعين سنة وقد يرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل المهمة"[1] والتي نذكر منها :

- اجتياح الجزائر خلال تلك الفترة أنواع مختلفة من الأمراض الفتاكة كالأوبئة ومرض الطاعون الذي اجتاح البلاد في سنة 1915 م والذي قضى على ما لا يقل عن 40 ألف نسمة من السكان إضافة المجاعة التي اجتاحت الجزائر في سنة 1866 م والتي أودت بحياة أكثر من 400 ألف نسمة من الجزائريين .
- بفعل الاحتلال الفرنسي للجزائر كانت هناك وضعية خطيرة أدت إلى الحروب الاستعمارية وقيام ثورات مستمرة ظل الجزائريين يشغلونها ضد الاستعمار الفرنسي بين كل فترة وأخرى وكانت السلطات الفرنسية تجذ بذلك ذريعة من اجل القيام بعمليات

[3] 3- د فتحي محمد أبو عيانة، المرجع السابق ، ص.244.

[1] – عبد القادر رزيق المخادمي، الانفجار السكاني في العالم- من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية – دار الفجوة للنشر والتوزيع، سنة 2005، ص.75.

الإبادة الجماعية لقرى بأكملها وتأميم ممتلكات المواطنين للقضاء على تلك الثورات المتجددة، ومن نتائج هذه الثورات والحروب الاستعمارية التقتيل والإبادة للسكان " ومن ثم نقص كبير في عدد السكان نتج عنه تقهقر سكاني كبير .

المرحلة الثانية: وهي مرحلة الاستقرار والنمو السكاني البطء

وقد استغرقت هذه المرحلة من مراحل الانتقال الديمغرافي في الجزائر حوالي 35 سنة حيث امتدت من "1886 م إلى غاية 1921 م و هذه المرحلة تميزت بالثبات والاستقرار في وتيرة النمو السكاني في الجزائر، وكانت الزيادة السكانية خلالها تقدر ب 0.4% وقد زاد عدد سكان الجزائر فيما بين 1911 م و1921 بحوالي 79 ألف نسمة و هي زيادة بسيطة لاسيما بعد و خلال قيام الحرب العالمية الأولى أي خلال الفترة الممتدة ما بين 1914 م و 1918 م والتي جندت لها فرنسا خيرة أبناء الجزائر حيث قتل منهم على جبهات القتال 35 ألف نسمة حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية"[2].

ومما لا يمكن تجاهله هو أن فرنسا قد أجبرت الجزائريين على الخدمة العسكرية وهذا بما أفتت به في سنة 1912 م وهو القانون الخاص بالخدمة العسكرية وأجبارتها على أبناء الجزائر مما اضطر الكثير من الأسر الجز ائرية إلى مغادرة الجزائر نحو المغرب والمشرق أو إفريقيا لكي لا يعمل أبناهم ضمن صفوف الجيش الفرنسي هذا من جهة، ومن جهة أخرى أصبحت الأسر الجزائرية تعمل المستحيل من اجل إخفاء المواليد الجدد عن السلطات الفرنسية تهرب من التسجيل في السجلات الرسمية وبالتالي الإعفاء من الخدمة العسكرية.

المرحلة الثالثة: مرحلة الانفجار السكاني

"وتبدأ هذه المرحلة من سنة 1921 م لتستمر إلى ما بعد سنة 1978 م ومن المقارنة بين إحصائيات 1921م و1960 م نجد أن عدد السكان في الجزائر قد تضاعف بصفة ملحوظة جدا، مع العلم أن الجزائر قد عاشت بأبنائها سنوات الحرب العالمية الثانية (1939 م -1945 م) التي أبيدا فيها على جبهات القتال دفاعا عن سيادة فرنسا ما يزيد عن 50 ألف جزائري حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية ، إضافة إلى ما تقدم كانت هناك مجازر 08 ماي 1945 م والتي أسفرت عن استشهاد 45 ألف حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية، زيادة على ما خلفته الحرب الجزائرية الأخيرة في الفترة 1945 م 1962 م والتي أسفرت عن استشهاد المليون و النصف مليون شهيد من أبناء الجزائر"[1]

---

[2] – عبد القادر رزيق المخاذمي، المرجع السابق، ص.79.

[1] - عبد القادر رزيق المخاذمي، المرجع السابق، ص.82.

ورغم كل ما سبق ذكره خلال هذه المرحلة فإن الزيادة السكانية في الجزائر استمرت بمعدل 200 ألف نسمة في السنة الواحدة ، و يرجع ذلك إلى مجموعة من الاعتبارات نذكر أهمها في :

- اختفاء المجاعة التي طالما عانت منها الجزائر .
- تراجع أو اختفاء الأوبئة أو كما عرف في ذاك الوقت سرطان الشعوب الضعيفة.
- الزيادة في العناية الصحية مع ظهور اكتشافات كبيرة في مجال الطب .

ولقد تضاعف عدد سكان الجزائر ثلاث مرت في الفترة الممتدة ما بين 1962 م و 1998 م تاريخ إجراء أخر تعدد للسكان كما " عرفت معدلات زيادة السكان تغيرات كبيرة حيث تراوحت بين 0.5% خلال الفترة الممتدة ما بين 1901 م و 1905 م و 1.7% في سنة 1996 م، وبلغت أعلى قمة في الفترة الممتدة ما بين 1951 م و 1985 م وخلال هذه الفترة ظل معدل النمو الديمغرافي يتجاوز 03% إلى غاية 1999 م"[2]

المبحث الثاني: الانتقال الصحي

المطلب الأول: نظرية الانتقال الصحي

يعتبر لعبدل عمران[1] Abdel Omran أول من حاول تفسير التغير السكاني في مقاربة وبائية وكانت النظرية على حد قوله مبنية على أن الانتقال الوبائي يرافق الانتقال الديمغرافي مرحلة بمرحلة فأثناء تراجع الوفيات الخصوبة هناك تغير في نموذج الأمراض وفي أسباب الوفيات والكل في إطار مسار تنمية المجتمع و قد قسمه إلى ثلاثة مراحل أو أعمار وذلك في سنة 1971 :

المرحلة الأولى : مرحلة الطاعون و المجاعات L'âge de la pestilence et de la famine

حيث توقعت خلاله معدلات الوفيات في مستويات عاليا جدا بين الذروة و المنخفضات ردا على الأوبئة مما حال دون النمو السكاني المتواصل و شكلت أثناءه الأنفلونزا، أمراض الرئة، الإسهال، الجذري و داء السل الأسباب الرئيسية للوفاة و التي مست خاصة فئة الرضع، الأطفال و النساء، أما أمل الحياة عند الولادة فقد كان متذبذبا ومنخفضا ما بين 20 و 40 سنة.

---

[2] – عبد القادر رزيق المخاذمي ،المرجع السابق، ص.83.

1 OMRAN Abdel R., 1971. « The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, p. 509-538.

<u>المرحلة الثانية : مرحلة انحسار الأوبئة l'âge du recul des pandémies</u>

عرفت هذه المرحلة الاختفاء في تذبذبات الوفيات نتيجة التحسن في المرافق الصحية ومستويات المعيشة ويعجل معدل الانخفاض كلما قلت أو اختفت دورة الأوبئة، كما ازداد أمل الحياة عند الولادة من 30 إلى حوالي 50 سنة و بدأ النمو السكاني في التغير آخذا شكل منحني أسي.

<u>المرحلة الثالثة: مرحلة الأمراض التنكيسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان</u>

<u>: L'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société</u>

أثناءه تستمر الوفيات في التراجع لتستقر في نهاية المطاف في مستوى ضعيف كما تعتبر الأمراض التنكيسية والمزمنة كأمراض القلب، السرطان والحوادث الشريانية الدماغية الأسباب الرئيسية لوفاة السكان خاصة لذوي الأعمار المتقدمة.

أثناء هذه المرحلة أمل الحياة المتوسط عند الولادة قد ارتفع تدريجيا حتى تعدى 50 سنة كما تصح الخصوبة العامل الحاسم في النمو السكاني.

- في سنة 1986 تم اقتراح المرحلة الرابعة من الانتقال الوبائي من طرف أولشانسكي وأولت[2] Jay Olshansky et Brian Ault بعد دراستهما لجداول الحياة و استخلاصهما للارتفاع الغير متقطع لأمل الحياة الخاص بالولايات المتحدة الأمريكية خلافا لما أتى به عمران و هو ما أطلقا عليه بمرحلة تأخر سن ظهور الأمراض التنكيسية و التي تمتاز بالخصائص التالية:

1- تراجع سريع في معدل الوفيات التي تتمركز معظمها في الأعمار المتقدمة و التي تحدث تقريبا بنفس الوتيرة عند الذكور و الإناث.

2- التركيبة العمرية للوفيات حسب السبب مازالت إلى حد كبير نفسها كما هو الحال في المرحلة الثالثة لعمران إلا أن التوزيع العمري للوفيات نتيجة الأمراض التنكيسية قد انتقل تدريجيا في اتجاه كبار السن.

3- التحسينات السريعة نسبيا في البقاء على قيد الحياة قد تركزت عند السكان ذو الأعمار المتقدمة، و أثناء هذه المرحلة فإن الأسباب التنكيسية الرئيسية للوفاة التي سادت خلال المرحلة الثالثة لعمران تبقى هي نفسها خلال المرحلة الرابعة المؤدية للوفاة إلا أن خطر الموت نتيجة هذه الأمراض قد توزع من جديد عند كبار السن.

---

[2]-OLSHANSKY Jay and AULT Brian, 1986. « The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases», *<u>The Milbank Quarterly</u>*, vol.64, n° 3, p. 355-391.

في سنة 2000 قام جاك فلان و فرنس مسلي[1] Vallin Jacques et Meslé France بدراسة تغيرات أسباب وأعمار الوفيات في فرنسا ابتداءا من 1925 وذلك بتقدير دور التغيرات الوبائية في تطور أمل الحياة وأقرا بوجود مرحلتين فقط في هذا المسار، الأولى مماثلة للمرحلة الأولى من نموذج عمران التي عرفت التحسينات في الحياة التي مردها في غالب الأحيان إلى تراجع الأمراض المعدية و ارتفاع الأمراض المزمنة ونهاية هذه المرحلة تؤدي مباشرة إلى تراجع أمراض القلب و الأوعية الدموية التي تعتبر العامل الرئيسي في رفع أمل الحياة عند الولادة خلال المرحلة الثانية وهو ما أطلق عليه بثورة القلب و الأوعية الدموية.

في مقال له سنة 2001 اقترح جون ماري روبين[2] Jean-Marie Robine إعادة النظر في عدد وتوقيت مراحل الانتقال الوبائي من خلال دراسته لتطور تشتت أمل الحياة في فرنسا و قد أقر بوجود ثلاث مراحل.

الأولى وهي مرحلة الطاعون و الأوبئة التي عرفت نهايتها ما بين القرنين 18 و19م.

الثانية وهي مرحلة تراجع الأوبئة، أين أثناءها وفيات الأطفال والأمهات وأدت إلى تقلص شديد في تشتت أمل الحياة، هذه المرحلة عرفت نهايتها سنوات 1950 في البلدان التي اتسمت بالتقدم في هذا المسار كدول أوروبا الشمالية والغربية، أمريكا الشمالية واليابان.

أما الثالثة فقد دمج فيها روبين عمر الأمراض التنكيسية والأمراض التي هي من صنع الإنسان لعمران مع مرحلة انحصار الأمراض التنكيسية لاولشانسكي وأولت و مرحلة ثورة القلب والأوعية الدموية لفلان ومسلي لتكوين مرحلة واحدة هي مرحلة غزو مدى الحياة نظرا لصعوبة الفصل وتاريخ المرور بين المراحل التي شملها
الدمج

في 2004 عاد كل من جاك فلان وفرنس مسلي بطرح تنظير جديد في هذا المسار من خلال دراسة تقارب وتباعد الوفيات في مقاربة حديثة للانتقال الصحي[1] وأشار بأن هذا النموذج يتكون من تتابع ثلاثة مراحل:

1- Meslé, F et Vallin, J. (2000). « Transition sanitaire : tendances et perspectives», *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, p. 1161-1171.

[2] Robine, J-M. (2001). « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie». *Population* 56(1-2), p 199-222.

[1]-Vallin, J. and Meslé, F. (2004). « Convergences and divergences in mortality. A new approach to health transition» . *Demographic Research*, Special Collection 2:

الأولى و التي تشمل كل مراحل الانتقال الوبائي لعمران حيث أن التحسينات في الحياة راجعة أساسا إلى انهيار الأمراض المعدية و ارتفاع مثيلتها المزمنة.
الثانية و هي مرحلة ثورة القلب و أوعية الدموية حيث تحدث أين يرتفع أمل الحياة نتيجة تراجع لأمراض القلب و الأوعية الدموية.
و أخيرا مرحلة بطئ الشيخوخة.

المطلب الثاني: الانتقال الصحي في الدول المتقدمة

خلال نصف قرن و ابتداء من سنة 1950 إلى غاية 1995 فإن الخريطة الأوروبية لأمل الحياة قد تغيرت كليا[2].

فلقد شهدت أوروبا مطلع 1950 تحسنا ملحوظا في أمل حياتها عند الولادات بل وتداركت الدول الجنوبية والشرقية منها الفارق الذي قدر على الأقل بعشرين سنة مقارنة بأوروبا الشمال الغربية و لكن مع منتصف عشرية 1960، هذه الاتجاه قد تغير نتيجة الأزمة الصحية التي ألمت بدول أوروبا الشرقية والوسط التي كانت تحت لواء النظام السوفيتي و أدت إلى كبح هذا التطور بل و في بعض الأحيان تراجع أمل الحياة خاصة عند الرجل.

فمجموعة دول أوروبا الشمالية التي شهدت أثناءها كل من النرويج، السويد، الدنمارك وإسلندا التقارب في تطور أمل الحياة بعد الحرب العالمية الثانية من مستويات انطلاقه تراوحت ما بين 65-70 سنة عند الرجال نظير70-75 سنة عند النساء إلا أن الدنمارك شهد الركود مع مطلع عشرية 1980 وعدم تعديه سنة 2005 معدل 80 سنة[1] كمتوسط أمل الحياة عند الولادة، أما فلند فقد تداركت تأخرها الذي فاق عشرة سنوات مقارنة بدول هذه المجموعة ليستقر أمل حياتها عند الولادة عند 75 سنة عند الرجال و 82 سنة عند النساء

Determinants of Diverging Trends in Mortality, Article 2, 12-43. http://www.demographic-research.org/special/2/2.

[2]- Vallin J, Meslé F, 2001, « Évolution de la mortalité en Europe depuis 1950 : mortalité par âge, sexe et causes de décès », In *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle*, p. 33-188, Strasbourg, éditions du Conseil de l'Europe, 344 p. (Études démographiques n° 36).

[1] – Pison G (2005) , « Tous les pays du monde Population et Sociétés», n° 414, INED, Paris, France.

أما المجموعة دول أوروبا الوسط غربية فقد امتازت بالزيادة و التقارب في منحنى تطور أمل الحياة الذي تعدى متوسطه 78 سنة بحلول 2005 [2] في كل من ألمانيا، لوكسنبورق و النمسا مع تحسن طفيف في سويسرا الذي فاق 80 سنة بنفس التاريخ.

مجموعة دول أوروبا الشمال غربية المتكونة من فرنسا، بلجيكا، المملكة المتحدة و إيرلندا فقد عرفت التطابق في منحنى تطور أمل الحياة بتدرج سريع إبان سنوات 1950 متبوعا بالتباطؤ خلال عشرية 1960 ثم مرحلة جديدة من التطورات مع مطلع 1970 ولتسجل فرنسا في سنة 2005 أعلى معدل في المنطقة و المقدر ب 84 سنة.

أما إيطاليا، إسبانيا، اليونان، مالطا و البرتغال فقد تداركت تأخرها مقارنة بالبلدان الشمالية والغربية من مستوى 60 سنة عند النساء وما بين 50- 55 سنة لدى الرجال بعد الحرب العالمية الثانية ليتعدى في المتوسط عتبة 80 سنة لدى النساء و75 سنة لدى الرجال بحلول سنة 2005.

المطلب الثالث: الانتقال الصحي في الدول السائرة في طريق النمو

إذا تتبعنا تطورات أمل الحياة منذ مطلع سنوات 1950 فإنه يلاحظ جليا غياب التجانس في معظم المنحنيات" فقط دول إفريقيا الشمالية التي شهدت ارتفاعا قويا في معدل أمل الحياة عند الولادة من مستويات انطلاقه قاربت 45 سنة لتتعدى 70 سنة ما بين 1950 و 2000 و لتقلص بذلك تأخرها مقارنة بالدول المتقدمة.

أما دول إفريقيا ما دون الصحراء فإنها لم تستطع تتبع نفس التطور الذي سلكته دول إفريقيا الشمالية بعدما كان أمل حياتها عند الولادة يساوي أو يفوق أمل حياة هذه المنطقة الأخيرة سنوات 1950، كما تجدر الإشارة فإن بلدان إفريقيا ما دون الصحراء تمتاز بميزة عدم التجانس في تطورها فمثلا السودان، السنغال ومالي لهم مستوى انطلاقة منخفض بعد الحرب العالمية الثانية من 35 سنة لتصل إلى معدل 50 سنة مع مطلع القرن الجديد أما النيجر و غينيا فقد تطورتا تطورا منتظما على مدى كل المرحلة و لكن بوتيرة بطيئة جدا.

ثلة أخرى من الدول عرف أمل حياتها الانطلاقة من مستويات متدنية ما بين 30- 40 سنة لتشهد نهاية سنوات 1980 الثبوت كحالة غانا، تشاد، و نيجريا أو التراجع الطفيف في الكامرون، إثيوبيا وتنزانيا.

[2] Pison G (2005) , « Tous les pays du monde Population et Sociétés», n° 414, INED, Paris, France.

دول أخرى من القارة الإفريقية اختصت بالتراجع في أمل حياتها عند الولادة ابتداء من سنوات 1980 والذي كان:

إما تراجعا معتدل نسبيا كالذي حدث في جمهورية إفريقيا الوسطى، بوركينافاسو، مالاوي وأوغندا.

إما تراجعا حديثا والذي خصت به دولة جنوب إفريقيا وكينيا إلى مادون 60 سنة مع مطلع سنوات 2000.

وأخيرا تراجعا قوي كالذي عرفته كل من بوتسوانا، زمبابوي، ناميبيا و زمبيا بسبب وباء داء فقدان المناعة المكتسبة/ السيد هذا الأخير الذي جعل أمل الحياة لا يتعدى 45 سنة.

نموذج آخر من دول القارة السمراء عرف أثنائه أمل الحياة التراجع بعد التطورات الطفيفة نتيجة لحروب والأزمات السياسية خاصة بعد سنوات 1990 في كل من ليبيريا، رواندا، المزنبيق و سيراليون

المبحث الثالث : مراحل النظام الصحي في الجزائر

تمتاز الجزائر كغيرها من الدول العربية و الأجنبية بنظام صحي ميز سياستها الصحية و كان له الأثر الكبير في تحسين مستواها الصحي عبر مختلف العصور ، كما نجد أن هناك اختلاف كبير في مراحل هذه السياسة فهناك من يقسمها إلى مرحلتين و هناك من يقسمها إلى ثلاث مراحل و سوف يتم التركيز خلال هذا العنصر على التقسيم الأخير لسياسة الصحية في الجزائر :

المطلب الأول: المرحلة الأولى

تمتد هذه المرحلة من 1963 م إلى غاية سنة 1974 م تميزت هذه المرحلة بمجانية العلاج في المؤسسات العمومية العلاجية و تأثرت هذه المرحلة بما خلفته السلطات الفرنسية من نظم كما تميزت هذه المرحلة بـ :

أ- البنية التحتية : كانت البنية التحتية لهذه المرحلة كما يلي :

- 991 قاعة علاج .
- 260 مركز صحي .
- 10 عيادات متعددة الخدمات .
- 45426 سرير .

ب- الموارد البشرية : في هذه المرحلة سوف نكتفي بعدد الأطباء بالنسبة للموارد البشرية حيث قدر عدد الأطباء في سنة 1963 م ب 1278 طبيب من بينهم 73 % أجانب يعني 1.23 طبيب لكل 10000 ساكن ، مما أدى بالسلطات المسولة إلى الاهتمام أكثر بهذا الجانب من اجل رفع

عدد الأطباء الجزائريين والتقليل من عدد الأطباء الأجانب أو حتى الاستغناء عنهم لما لا ، فقد بلغ عدد الأطباء سنة 1970 م 1760 طبيب لكل 10000 ساكن .

ج- الموارد المالية : تم تخصيص حوالي 1.5% من المد خول الخام لصحة في هذه المرحلة ، و تعتبر هذه النسبة ضعيفة جدا إذا ما تمت مقارنتها مع أهمية هذا الجانب من جهة و مع ما تخصصه بعض الدول لهذا الجانب من جهة ثانية. كما تميزت هذه المرحلة ب :

- وفيات أطفال عالية فاقت 180 ب الألف .
- أمل الحياة لا يتعدى 50 سنة .
- تسجيل نسب جد عالية من الأمراض المعدية و الإعاقات .

المطلب الثاني : المرحلة الثانية

امتدت هذه المرحلة من 1974 م إلى غاية سنة 1984 م : تم خلال هذه المرحلة تطبيق مجانية العلاج وبالضبط في الفاتح من شهر جانفي سنة 1984 م داخل الهياكل الصحية العمومية كما تميزت هذه المرحلة بإنشاء القطاعات المتعددة الخدمات و يبين لنا الجدول قائمة هذه القطاعات حسب الولايات (انظر الجدول رقم 01 – الملاحق-)

كما اهتمت هذه المرحلة بمحاولة إصلاح و تعديل النظام التعليمي الخاص بالدراسات الطبية من حيث تقديم حوافز لكل دراسة طبية ناجحة .

وقد تم خلال هذه المرحلة إنشاء 13 مركز استشفائي جامعي حمل كل مركز من هذه المراكز بثلاث مهام هي : العلاج التكوين و البحث العلمي و يبين لنا الجدول تسمية كل مركز و مقره (انظر الجدول رقم 02 – الملاحق-)

كما تم خلال هذه المرحلة إنشاء مؤسسات التموين بالموارد الصيدلانية و مهمتها الاستيراد والتوزيع و تم إنشاء مؤسسات صناعة الأدوية – صيدال -

ورغم كل هذه التطورات في البنية لتحتية لهذه المرحلة غير أن وفيات الرضع عرفت ارتفاع محسوس في هذه الآونة حيث قدرت ب 100 طفل ميت لكل 1000 طفل مولود.

المبحث الثالث : المرحلة الثالثة

امتدت هذه المرحلة من 1900 م إلى غاية 2004 م و قد تميزت هذه المرحلة بـــ:

- ربط القطاعات الصحية ب المجلس الجهوي للصحة .
- اللامركزية التسيير .
- إنشاء الهياكل الداعمة لوزارة الصحة منها :

– المخبر الوطني لمراقبة الموارد الصيدلانية.

– الصيدلية المركزية للمستشفيات.

– الوكالة الوطنية للدم .

ـ المركز الوطني لتسمم .

- استقلال العديد من الأطباء المختصين و الرجوع إلى خوصصة القطاع الصحي .

المبحث الرابع : الوضعية الصحية في الجزائر

المطلب الأول : الأمراض المعدية :

يمكننا القول بأن الأمراض المعدية هي تلك الأمراض التي تتمكن من الانتقال من شخص إلى شخص أخر إذا ما توفرت الشروط التالية :

- شخص مريض أو حامل للميكروب
- شخص سليم عنده قابلية للإصابة بالمرض.
- بيئة مناسبة لانتقال العدو .

وحتى نتمكن من وقاية الشخص السليم من الإصابة بنوع من أنواع الأمراض المعدية فما علينا إلا أن تقوم بما يلي :

* القضاء على الميكروب المسبب للمرض ، مثل الجراثيم .

* القضاء على العامل الناقل المرض ، مثل الذباب و البعوض .

* منع الميكروب من الانتقال من مصدر العدوى إلى الشخص لسليم .

* تقوية مناعة الشخص السليم ضد العوامل الممرضة و ذلك بإتباع أساليب الوقاية خاصة التلقيح ضد الأمراض المعدية و السارية و التي نجد منها :

ا- برنامج التلقحات الواسعة : و التي قامت بها المصالح الصحية في الجزائر حيث نجد :

- في سنة 1968 م التلقيح ضد داء السل و ضد داء الجذري .

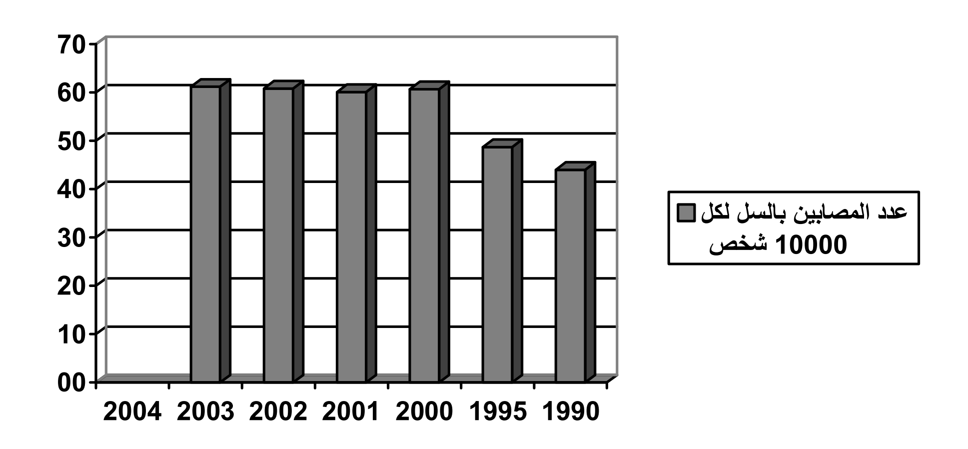
- في سنة 1969 م التلقيح أصبح إجباري ومجاني ضد السل والدفتيريا والكزاز والسعال الديكي.

في سنة 1984 م تم تبني البرنامج الواسع للتلقحات .

داء السل: هو مرض مزمن ينتج عن العدوى بجراثيم السل و قد يصيب هذا المرض مختلف أجزاء الجسم وهو يصيب بصورة رئيسية الرئتين و يقتل ما يقارب 02 مليون إنسان في كل سنة و قد تم تقدير تقرير من طرف منظمة الصحة العالمية مفاده انه ما بين سنة 2000 م وسنة 2020 م مليار شخص إصابة سل حديثة و أن 200 مليون شخص يصبحون مرضى و35 مليون شخص سيموتون من السل إذا لم دعم جهود السيطرة على هذا المرض. أما في الجزائر فقد

عرف هذا المرض التطور التالي في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004 م ويوضح لنا هذا التطور الرسم التالي:

الشكل رقم : 02 تطور مرض السل في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م الى 2004 م



المصدر: MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004

(بالتصرف : تم رسم المنحنى البياني استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم 03 – أنظر الملحق-)

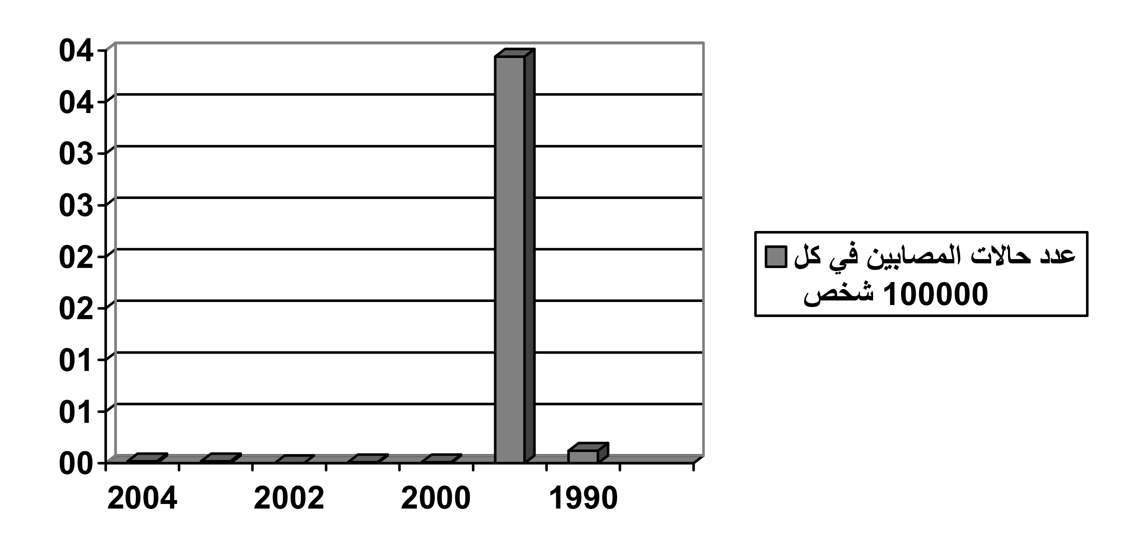
التعليق على المنحنى البياني :

من خلال ملاحظة هذا المنحنى يمكننا القول بأن عدد المصابين بداء السل في ارتفاع مستمر و بمكن إرجاع سبب هذا الارتفاع إلى قلة الدواء بسبب التقطع المالي للبرنامج الوطني لمكافحة هذا الداء .

داء الديفتيريا : الديفتيريا مرض معدي حاد يصيب الأغشية المخاطية في الأنف و الحلق ، و ذلك نتيجة العدوى بجرثومة الديفتيريا ، و يتميز هذا المرض بتكوين غشاء كاذب في الفم و الحلق مما ينتج عن ذلك التهاب في الحلق و الفم و الأذن و أحيانا يمتد اللإلتهاب إلى القصبات الهوائية و الحنجرة مما ينتج عن ذلك من اختناق و عدم القدرة على التنفس .

و قد عرف هذا الداء انخفاض خلال الثلاثة عقود الأولى بعد الاستقلال ليعود إلى الارتفاع في بداية التسعينيات و يرجع هذا الارتفاع إلى ظهور حالات وبائية في منطقة الوسط و الجنوب .

الشكل رقم :03 تطور مرض الديفتيريا في الجزائر في الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004م



المصدر :-MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم 04 –أنظر الملحق)

التعليق على المنحنى :

نلاحظ انخفاض هذا الداء في الفترة الممتدة ما بين 1990 و 1992 وهذا راجع إلى تلقي الأطفال للتقيحات الضرورية، ليعود إلى الارتفاع مرة ثانية خلال سنة 1995 بسبب الإهمال الذي عرفه الأطفال خلال هذه السنة ولكن ونظرا لخطورة الموقف عاودت المصالح المختصة الاهتمام بهذا الداء ليعود بدوره إلى الانخفاض مرة ثانية وذلك في الفترة الممتدة من 1996 إلى غاية يومنا هذا وكان من بين الإجراءات التي اتبعتها المصالح المختصة للوقاية من هذا المرض هو تحصين كل الأطفال ضده وذلك عن طريق إعطائهم اللقاح على ثلاث جرعات بالإضافة إلى جرعتان منشطتان وذلك سب جدول الدفتر الصحي الخاص بالطفل.

السعال الديكي : السعال الديكي أو الشاهوق عبارة عن عدوى حادة تصيب الممرات التنفسية العليا وتتميز بنوبات من السعال تأتي في سلسلة متكررة تسبقها شهقة ، و لهذا سمي بالشهوق . وينتقل هذا السعال مباشرة باستنشاق رذاذ من سعال المصاب و بواسطة أشياء ملوثة به ، و مدة

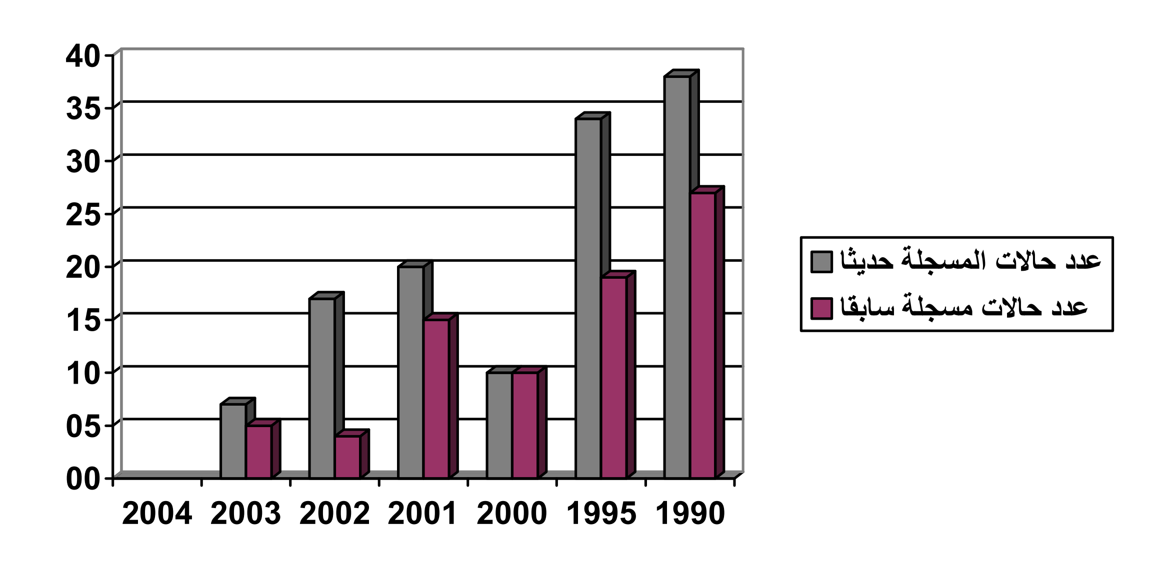
الحضانة عادة ما تكون أسبوع و قد تطول هذه المدة و تصل إلى ثلاثة أسابيع ، كما يجب أن يلقح جميع الأطفال ضد السعال الديكي في أبكر وقت ممكن، لان المناعة الطبيعية في المولود الموروثة من الأم هي من المستوى الضعيف ، و من الموصى به مباشرة التلقيح ضد هذا المرض في وقت أبكر من التلقيح ضد الأمراض الأخرى و ذلك من اجل إثارة حساسية جهازه إلى الجرعات التابعة و غالى أية إصابة من المحتمل وقوعها .

وقد تراجع هذا النوع من الأمراض المعدية و ذلك بفضل التغطية الالقاحية وكذا الدور الفعال والمهم الذي قامت به الصحة المدرسية .

داء الكزاز: و هو مرض حاد ينتج عن تلوث الجروح بالجراثيم التي تحمل البذور ، و هذه البذور تنمو موضوعيا في الجرح نفسه ، و تنتج سما قويا يمتصه الجسم و يؤدي إلى تقلصات مؤلمة في العضلات و تقلص في عضلات الحنك و تشنجات متوترة ، و يصيب الكزاز الأطفال المولودين حديثا في الأيام الأولى من حياتهم نتيجة تلوث الصرة أو عند قطع الحبل السري من جراء استعمال أدوات غير مطهرة أو عدم نظافة الطبيب أو القابلة أو الممرضة ، و هذه الإصابة خطيرة جدا على الأطفال لهذه الأسباب تشمل الوقاية من هذا المرض التوعية الصحية الموجهة إلى كافة الناس ،و إلى القابلات و الممرضات .

وقد عرف هذا المرض انخفاض كبير خاصة في هذه السنوات بفضل التلقيح لكل الأطفال حتى سن 18 سنة وكل النساء في سن الإنجاب سواء كان ذلك في فترة الحمل أو بعد وضع الحامل لمولود ها و ذلك بواسطة استعمال التو كسيد و المصل المحصن.

الشكل رقم : 04: تطور مرض الكزاز في الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004 م



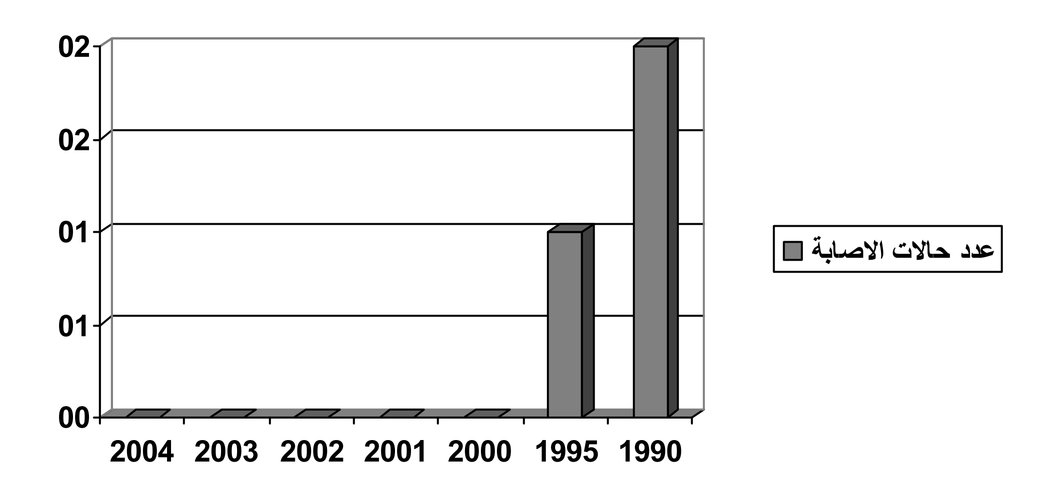
المصدر :

MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم 05 –أنظر الملحق -)

داء الشلل : يعتبر هذا المرض من أخطر الأمراض المعدية التي لقت اهتمام كبير على المستوى العالمي و الدولي و قد تم تسجيل أخر حالة إصابة بهذا المرض في سنة 1996 م و ذلك بفضل الجهود الكبيرة المبذولة و التي لقيت ناجح كبير و رائع.

المنحنى رقم : 05 : تطور مرض الشلل في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004 م



المصدر : MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم 06 –أنظر الملحق

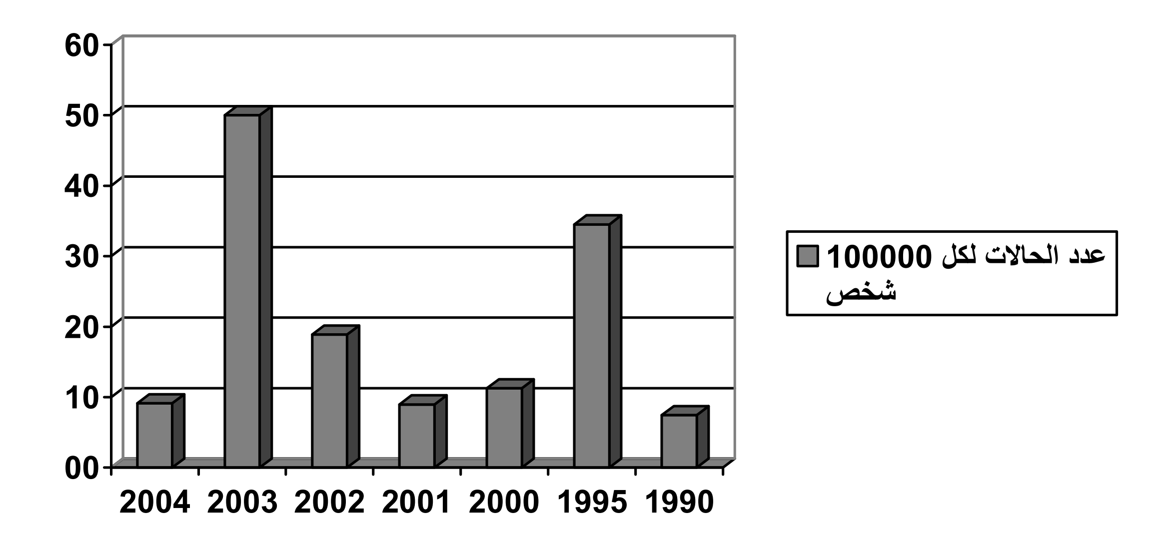
التعليق على المنحنى :

نلاحظ من خلال هذا المنحنى أن داء الشلل تم القضاء عليه نهائيا بفضل مختلف الاجراءات الصحية التي اتبعتها الجزائر من اجل ذلك.

داء الحصبة: يتميز هذا المرض بعدوى حادة ، كما أنه واسع الانتشار في سن الطفولة و يتسبب هذا المرض عن الإصابة بفيروس الحصبة، ومن علامات الإصابة بهذا المرض ارتفاع في درجة الحرارة مصحوبة برشح وسعال و رمد .

وقد عرف هذا المرض ارتفاع متواصل في الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية سنة 1997 م أين لوحظ انخفاض حالات هذا المرض و بعد إدخال المصالح الضحية التلقيح للمرة الثانية لكل الأطفال عند بلوغهم سن 06 سنوات.

الشكل رقم : 06: تطور مرض الحصبة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م إلى غاية 2004 م



المصدر :

MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم07 –أنظر الملحق)

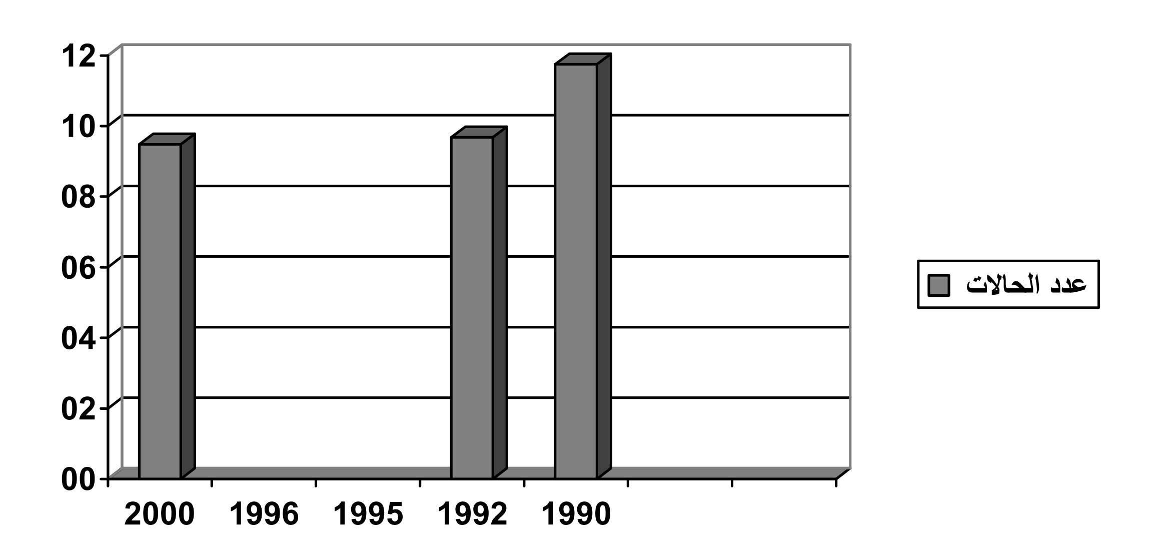
التعليق على المنحنى

نلاحظ ارتفاع هذا المرض خلال سنة 1995 ثم يعرف طريقه نحو الانخفاض وهذا ما تبينه إحصائيات سنتي 2000 و 2001 غير أن هذا الارتفاع كان الأخير حيث عرف داء الحصبة تراجع ملحوظ انطلاقا من سنة 2004 إلى غاية يومنا هذا وذلك بفضل التقيحات المجانية في السنة الأولى (عند اختلاط الطفل بالعالم الخارجي) وكذا في سن 6 سنوات (اختلاط الطفل بالتلاميذ في المدرسة)

- **حمى التفوئيد** : فقد شهد هذا النوع من الأمراض المنتقلة عن طريق المياه انخفاض خاصة في السنوات الأخيرة غير انه يبقى يهدد الصحة العمومية و ذلك راجع إلى النوعية السيئة

للمياه الموجهة للاستهلاك البشري هذا من جهة و من جهة ثانية إلى اختلاط قنوات صرف المياه بالقنوات الصحية .

الشكل رقم : 07 : تطور مرض التيفوئيد في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية 2000م



المصدر :

MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

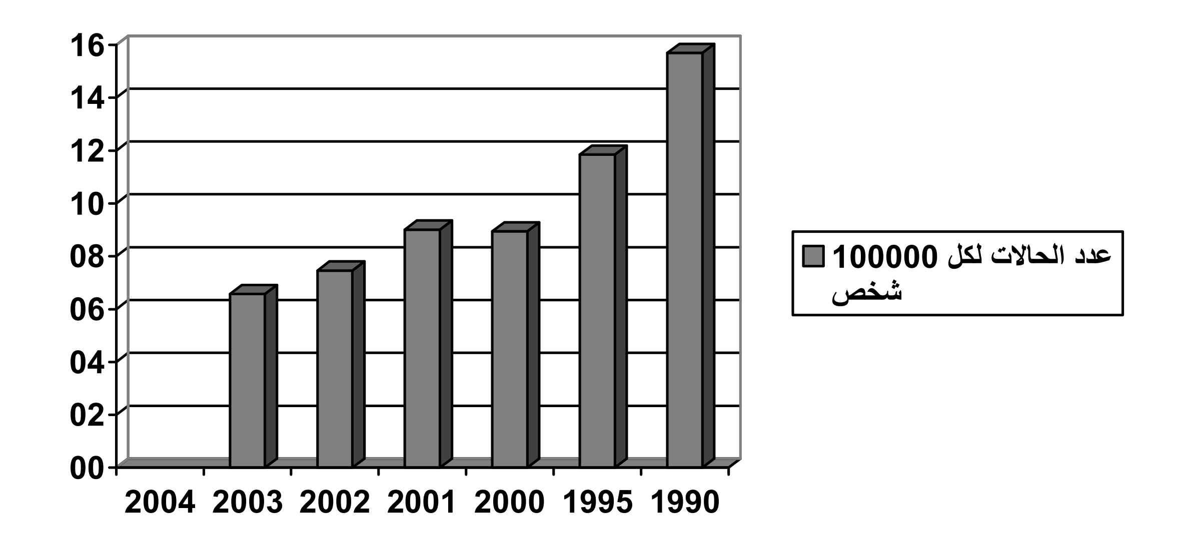
(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم:08 –أنظر الملحق)

<u>**التهاب الكبد الفيروسي**</u> : لازال هذا النوع من الأمراض المعدية يحصد الآلاف من الأرواح و يرجع ذلك إلى مجموعة كبيرة من الأسباب من أهمها قلة إذ لم نقل انعدام النظافة العامة و كذا انتشار العلاقات الجنسية الغير محمية و عدم تعقيم الأدوات الطبية ... الخ .

غير انه في السنوات الأخيرة بداءت معدلاته تتراجع في الجرائر و خاصة في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004 م .

الشكل رقم : 08: تطور مرض التهاب الكبد الفيروسي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م

إلى غاية 2004 م



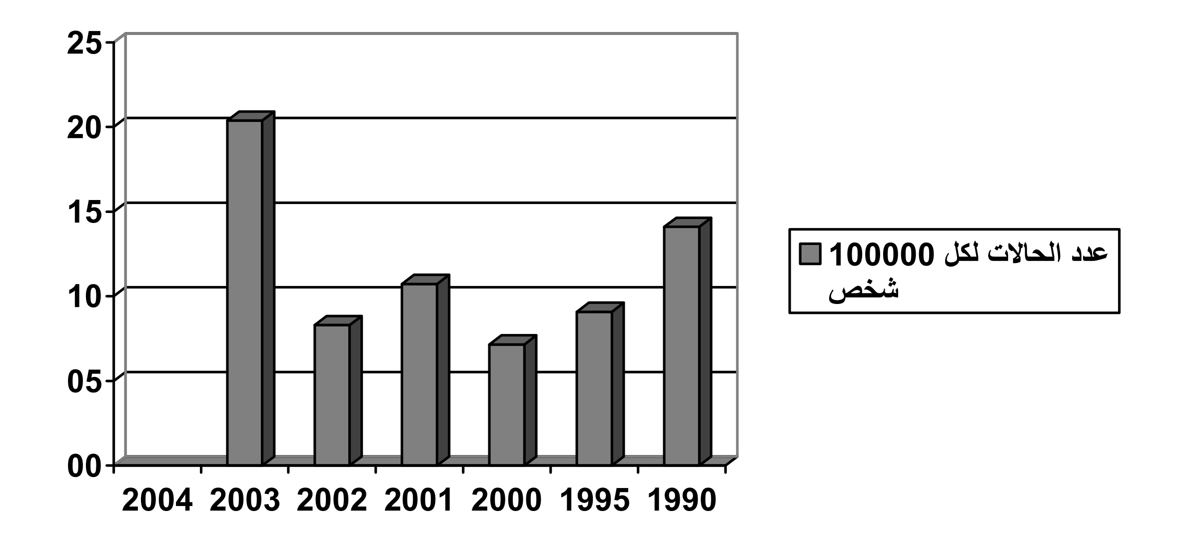
المصدر : MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم:09 –أنظر الملحق)

- **التهاب السحايا** : هو عبارة عن مرض جرثومي حاد يبدأ بصورة مفاجئة و من بين الأعراض التي تميز هذا المرض نجد ارتفاع في درجة حرارة الجسم و صداع شديد و تصلب في الرقبة ة الظهر ة غثيان و قئ و طفح صغير الحجم على الجسم ، ثم تتطور هذه الأعراض إلى هذيان و ضعف عام و غيبوبة ثم ينتهي الأمر بالمريض إلى انهيار عام و صدمة .

و يبقى هذا النوع من الأمراض المعدية في ارتفاع مستمر بالنسبة للجزائر .

الشكل رقم : 09 : تطور مرض التهاب السحايا في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990الى غاية 2004 م



المصدر :

MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

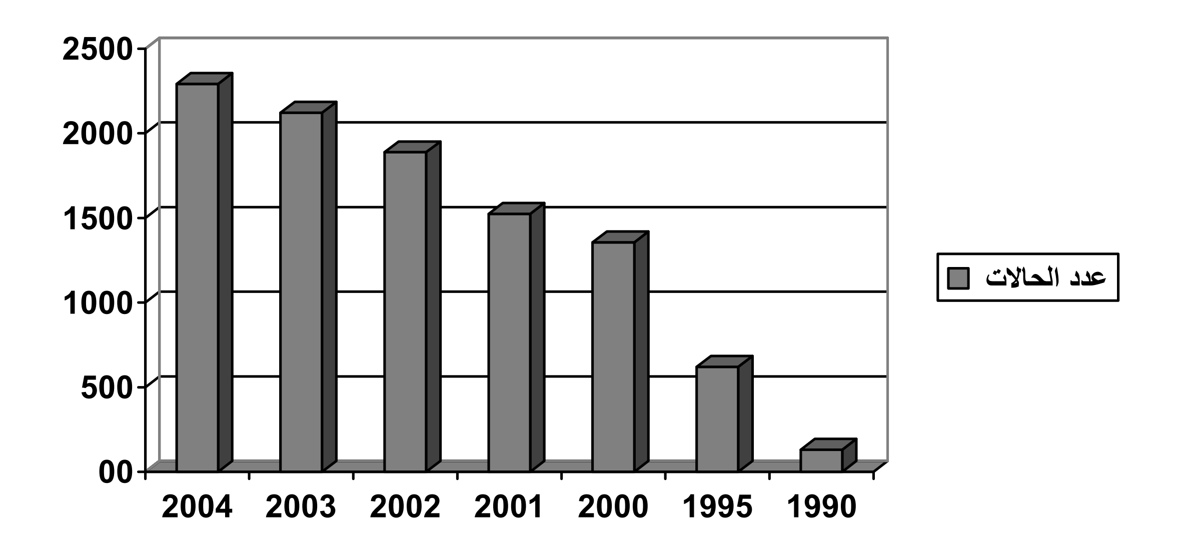
(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم:10 –أنظر الملحق -)

التعليق على المنحنى :

من خلال هذا الرسم نلاحظ أن هناك تذبذب في ارتفاع و انخفاض عدد الأشخاص المصابين بالتهاب السحايا في الجزائر غير انه و منذ بداية سنة 2002 م عرف هذا النوع من الأمراض المعدية ارتفاع كبير و يمكننا إرجاع ذلك إلى عدم وجود لقاح يمنع هذا المرض تماما و ذلك بسبب اختلاف أنواع الجراثيم المسببة له غير انه يوجد لقاحات لتحصين ضد أنواع البكتيريا الرئيسية المسببة لهذا المرض .

- **حمى المستنقعات** : يعرف هذا النوع من الأمراض المعدية انخفاض مستمر حيث قدر عدد الحالات المسجلة في الجزائر ب 163 و ذلك خلال سنة 2003 .
- **السيدا** : يبقى هذا الداء منتشر في الجزائر كما يصعب فيه الحصول على أرقام صحيحة و ما وجد منها يكون تقريبي .

الشكل رقم : 10 : تطور مرض السيد في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1995 م إلى غاية 2004



المصدر :

. MSPRH ET INSP, maladies transmissibles en Algérie 1990-2004.

(بالتصرف : تم رسم هذا المنحنى استنادا إلى البيانات الموجودة في الجدول رقم:11 –أنظر الملحق -)

المطلب الثاني: الأمراض المزمنة و المستعصية :

- **أمراض القلب و الشرايين** : تحتل المرتبة الأولى في صف الأمراض الغير معدية ففي سنة 2000 م كانا هذان المرضان مسئولان عن وفاة 33.33 % من الوفيات المصرح بها من طرف المعهد الوطني لصحة العمومية بعد أن قدرت هذه النسبة ب 16 % و ذلك خلال سنة 1995 م .

كما تشير أخر الدراسات إلى وجود ما يقارب 07 مليون مصاب بأمراض القلب و الشرايين و التي نجمت عن تغير في كل من العادات الغذائية و العمران و التدخين و غيرها من التطورات التي يشهدها العالم اليوم و غي مقدمتها الجزائر .

- **الأمراض التنفسية** : سجلت المصالح الطبية خلال سنة 2000 م ما يقارب 600000 حالة ربو أي ما يعادل 02 % من مجموع سكان الجزائر خلال هذه السنة و 200000 حالة التهاب القصابات الهوائية المزمن خلال نفس السنة و يرجع السبب الرئيسي في هذه الأمراض إلى ما خلفه التطور الصناعي من نتائج سلبية على البيئة (التلوث البيئي).
- **السرطان :** إن ارتفاع معطيات المستشفيات و كذا نتائج سجلات السرطان ، كشفت على أن نسبة هذا المرض من الأمراض المزمنة ما زال في ارتفاع مستمر في الجزائر

ففي سنة 1998 م تم تسجيل 1892 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها و ذلك بنسبة 78.06 لكل مئة ألف نسمة .

أما في سنة 1999 م فقد تم تسجيل 2270 حالة جديدة في ولاية الجزائر وحدها دائما و ذلك بنسبة 100 حالة لكل مئة ألف نسمة ، و في حالة إسقاط العدد الأخير على المستوى الوطني فإننا نجده يمثل 30 ألف حالة سرطان جديدة سنويا و هو ما قد ينعكس على حجم الوسائل المادية و البشرية التي يجب توفيرها لهذه الشريحة من المرضى .

كما كشفت الدراسات الطبية على أن مرض السرطان في ارتفاع مستمر بسبب الشيخوخة البطيئة للسكان و كذا تغير سلوك الفرد داخل المجتمع .

المطلب الثلث : الأمراض الحضارية

- الحوادث : يمكننا تقسيم الحوادث التي يتعرض لها الإنسان من الناحية الطبية إلى ثلاث أنواع من الحوادث و هي :

النوع الأول : حوادث المرور : تعتبر الجزائر من أكبر الدول التي تعاني من كثرة حوادث المرور حيث يتم تسجيل 20 ألف حادث سنويا ينجر عنها حوالي 04 ألف قتيل بمعدل 11 قتيل يوميا و 30 ألف جريح و هذا حسب إحصائيات 2001 م و قد تم الحصول على هذه النسب من مديرية التقنين و الشؤون العامة كما تم إرجاع أسباب هذه الحوادث إلى :

- السرعة الكبيرة .
- شبكة الطرقات .
- حظيرة السيارات .
- السياقة دون رخصة.
- الحصول على رخصة السياقة رغم عدم معرفة السياقة .

لنوع الثاني : الحوادث المنزلية : تعتبر فئة الأطفال أكثر الفئات عرضة لمثل هذا النوع من الحوادث ففي سنة 1998 قدرت نسبة الأطفال الذين تعرضوا إلى مثل هذا النوع من الحوادث ب 40 بالألف معظمهم أق من 15 سنة .

النوع الثالث : حوادث العمل : تم إحصاء خلال سنة 1998 م حوالي 50542 حادث عمل تسبب في وفاة 929 شخص خلال هذه السنة .

- **الصحة العقلية** : في الجزائر التكفل بالصحة العقلية يصطدم خاصة بنقص المراكز الخاصة المتخصصة و الأخصائيين ، حيث نجد أن أكثر من نصف ولايات الوطن لا يملك مصالح مختصة في الأمراض العقلية ، و قد قدر عدد الأطباء المختصين في الأمراض العقلية ب 350 طبيب من بينهم 194 طبيب مختص في القطاع العام و 156

طبيب مختص في القطاع الخاص و أكثر من 120 طبيب غادروا البلاد، وعليه فإن انتشار عدد كبير من المرضى عقليا في الشوارع لأكبر دليل على هذا العجز من جهة و من جهة ثانية عدم القدرة على إحصائيات دقيقة حول هذه الفئة من المرضى لأنهم غير موجودين في المجتمع من حيث توفير حاجياتهم .

خاتمـــــة الفصـــــل

من خلال دراستنا للانتقال الصحي وجدنا أنه من الصعب جدا الفصل بينه وبين الانتقال الديموغرافي، فالحديث على الأول يقود بضرورة الحال إلى التعريج أولا على الثاني، كما أن مميزات مراحل الانتقال الصحي هي نفسها مميزات مراحل الانتقال الديموغرافي خاصة فيما يتعلق بزيادة ونقصان الولادات أو الوفيات والظروف الصحية السائدة في كل مرحلة من هذه المراحل.

أما فيما يخص الخدمات الصحية فقد تمكنت الجزائر من تحقيق نتائج ايجابية ورائعة في تطوير الخدمات الصحية والقضاء على الموت الجماعي والتنقيص من عدد الوفيات، كما أن معدلات الأعمار في الجزائر قد بلغت مستوى عالي سواء كان ذلك بالنسبة للرجال أو النساء وجاء كل هذا التحسن نتيجة الجهود التي بذلتها الجزائر من أجل تحسين الأوضاع الصحية، وذلك من خلال وضع برنامج صحي سارت عليه وكانت نتائجه كما يلي:

1- التراجع في الأمراض المعدية
2- ظهور وارتفاع بعض الأمراض الغير معدية (المزمنة والمستعصية)
3- ارتفاع في الحوادث والصدمات الناجمة عن العنف

إن هذه النتائج التي حققها الانتقال الصحي في الجزائر تدفعنا إلى التساؤل حول كيفية تأثيرها على الخصوبة.



الخصوبة في الجزائر

مقدمة الفصل :

" الخصوبة لفظ يطلق لدلالة على ظاهرة الإنجاب في أي مجتمع سكاني و التي يعبر عنها بعدد المواليد الأحياء " 1 و تختلف الخصوبة من مجتمع إلى أخر و من مكان إلى أخر كما أنها تختلف من مجموعة سكانية إلى مجموعة أخرى داخل المجتمع الواحد . و يرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل من شأنها التحليل على الخصوبة سواء كان هذا التحليل من الناحية السوسيولوجية أو من الناحية الديمغرافية دون تجاهل تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية على هذا الاختلاف . و من هنا تكمن أهمية الدراسة حيث يؤدي هذا الاختلاف في مستويات الخصوبة من بيئة إلى أخرى و داخل البيئة الواحدة إلى بروز مراحل تنتقل وفقها الخصوبة ، كما أن اختلاف الخصوبة تدخل فيها مجموعة من المتغيرات منها الزواج و وسائل منع الحمل و الإجهاض ألعمدي وعدم الإخصاب إذ تعرف هذه المتغيرات بالمتغيرات الوسيطة للخصوبة .

وتعد الخصوبة من العناصر الرئيسية في دراسة السكان و لا يرجع ذلك إلى كونها تفوق الوفيات و الهجرة، ولكن لكونها المحدد الرئيسي لنمو السكان بالإضافة إلى ذلك نجدها أكثر صعوبة في فهمها من الوفيات فبينما تتميز هذه الأخيرة بكونها حتمية لا يمكن تجنبها ، فان الخصوبة ليست كذلك كما أن الخصوبة ظاهرة قابلة لتجدد و بالإمكان حدوثها أكثر من مرة على عكس الوفيات التي تحدث مرة واحدة في العمر، وعليه يمكننا القول بان الخصوبة تتعرض لتغيرات كثيرة سبق ذكرها على المدى القصير نحاول ضمن هذا الفصل التعرف عليها بشكل أوسع و أدق .

المبحث الأول : تحليل الخصوبة

المطلب الأول : التحليل السوسيولوجي للخصوبة

يرتكز التحليل السوسيولوجي للخصوبة على تصور أساسي مفاده أن الخصوبة أو إنجاب الأطفال سلوك اجتماعي يقوم به الفرد داخل المجتمع في إطار ما يعرف بالسياق الاجتماعي، و قد يتسع هذا السياق ليتجاوز الناحية الاجتماعية أو الظروف الاجتماعية ليتجاوز السياسية و الاقتصادية منها " ... و قد يضيق ليتمثل في الخصائص الفردية التي يتميز بها الزوجان اللذان يتخذان قرار الحمل و الإنجاب "[10] ;يستعرض مجموعة من علماء الاجتماع ما يعرف

1 - فتحي محمد أبو عيانة ، جغرافية السكان و أساسها الديمغرافية العامة ، دار الجامعات المصرية ، 1988، ص. 111.

[2] - السيد عبد العاطي السيد ، علم اجتماع السكان ، دار المعرفة الجامعية ، 2004 ، ص. 2350.

بالخصوبة المتباينة و ذلك من اجل تأكيد ارتباط الخصوبة بمجموعة من المتغيرات الاجتماعية و السياسية و الاقتصادية و الثقافية و نذكر أهم هذه المتغيرات في :

01-**استخدام و سائل منع الحمل** : تعتبر وسائل منع الحمل من الوسائل التي كان لها دور كبير في الإقلال الفعلي من عدد المواليد بالإضافة إلى الأحوال المعيشية العامة التي تغيرت تغير ملحوظ بعد الثورتين الصناعية و الزراعية في القرن الثامن عشر .

02-**الإجهاض** : يعتبر الإجهاض من الوسائل الهامة في الإقلال من عدد السكان غير أن هناك صعوبة بالغة في تحديد حالات الإجهاض بدقة، و يرجع ذلك إلى أن دول كثيرة تعتبرها من أن منافية للقانون و الدين و نصت على عقوبة صارمة لمن يقوم به، لذلك نجد أن اغلب عمليات الإجهاض في الدول العربية تحدث في الخفاء سواء كان هذا الحمل شرعي أو غير شرعي .

03-**ارتفاع سن الزواج** : يشهد العالم العربي اليوم ارتفاع ملحوظ في سن الفتيان و الفتيات اللائي يتزوجون و يرجع السبب في هذا الارتفاع إلى مواصلة الفتات لدراستها و خروج المرأة إلى ميدان العمل و ارتفاع تكاليف الزواج ، فنتج عن هذا الارتفاع في سن الزواج انخفاض معدلات المواليد .

04-**العقم** : يعتبر العقم من أبشع الأمراض التي تصيب الإنسان فهو ذو تأثير كبير على الإنسان من جميع النواحي خاصة الناحية الاجتماعية و النفسية .

05- **ضعف الوازع الديني** : لقد دلت الدراسات و الأبحاث المتناولة لظاهرة الخصوبة على أن الأزواج الذين ليزالون متمسكين بقوة بالنواحي الدينية ينجبان عدد من الأطفال أكثر مما ينجبه الأزواج اللذان ضعفت فيهما هذه القوة الدينية ، حيث نجد أن العائلات المتدينة قليلا ما تنظر إلى الوسائل الحديثة في تنظيم النسل نظرة جدية ، و من ثما تمتنع عن استعمالها على عكس مثيلتها الغير متدينة أو الأقل تدين .

06-**تغير مكانة و دور المرأة في المجتمع** : إن دور المرأة اليوم لم يعد محصور على الأدوار التي كانت تقوم بها في الماضي من حيث رعاية شؤون الأسرة و إنجاب الأطفال و تربيتهم متابعتهم خلال مشوارهم الدراسي ، بل إن زيادة فرص تعليمها و مبدأ تساوي الفرص المتاحة للمرأة جنبا إلى جنب مع الرجل .

07- **انتشار الحضرية** : من منا لا يعرف أن معدلات المواليد في الحضر منخفضة بالنسبة لمعدلاتها في الريف ، و لكن ما لا يعرفه الجميع هو أن سكان الحضر ليسوا السبب المباشر في هذا الانخفاض ، فبالرغم من أن سكان المدن يملكون عقلية خاصة و ثقافة معينة تساعدان على تحديد حجم الأسرة بعكس سكان المدن ، فإن المسالة لا تخرج عن

الأثر الذي يحدثه سكان المدن في العقلية الحضرية ، إذ توجد بذلك بيئة مواتية لانتشار مبادئ تنظيم النسل للأسباب كثيرة نذكر منها :

أ –الاختلاف في طبيعة العمل بين المدن و الأرياف .

ب- الأطفال في المدن لا يساعدون في العمل كما هو الحال في الريف .

ج- إنجاب عدد كبير من الأطفال في المدن يشكل سبب مباشر في تأخير المرأة في مشوارها .

08- **<u>التطور الاقتصادي و تحسن مستوى المعيشة</u>** : توجد رابطة قوية بين تحسن المستوى المعيشي و بين انخفاض معدلات المواليد و من بين لأسباب التي تفسر لنا هذه الظاهرة نذكر:

أ- ارتفاع الدخل

ب- ارتفاع تكاليف تربية الأطفال ،

ج- التعليم الإجباري للأطفال و إطالة مدة هذا التعليم .

<u>المطلب الثاني : التحليل الديمغرافي للخصوبة</u>

تعد الخصوبة من وجهة النظر الديمغرافية من العناصر الرئيسية في دراسة السكان ، فهي إلى جانب تأثرها بالعوامل الاجتماعية و الاقتصادية و السياسية ، إلا أنها ذات تأثير كبير على تشكيلة طبيعة التركيب السكاني ، "و يرجع ذلك إلى كون ارتفاع أو انخفاض مستوى الخصوبة يؤدي بدوره إلى زيادة أو نقصان التراكم العددي في قاعدة الهرم السكاني و اتساعه أو ضيقه و وجود أو عدم وجود ما يعرف بظاهرة التجدد أو الإخلال ، كما يؤدي بالتالي إلى انخفاض أو ارتفاع مستوى نسبة كبار السن بالنسبة لمجموع السكان . كما أن هذا الاتساع أو الضيق في قاعدة أو قمة الهرم السكاني يؤدي إلى نتائج اقتصادية و اجتماعية تنعكس بدورها على معدلات النمو السكاني في المجتمع" [1]

ومما سبق نلاحظ أن هناك غموض و تعقيد و لتوضيح هذا الغموض و تحليل هذا التعقيد ، فإن علماء الديمغرافيا يستخدمون عدة مقاييس لحساب معدلات الخصوبة و علاقتها بغيرها من المتغيرات الديمغرافية الأخرى منها :

<u>01- معدل المواليد الخام :</u>

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء في السنة}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000$$

<u>02- معدل الخصوبة العام :</u>

---

[1] - فتحي أبو عيانة ، <u>جغرافية السكان</u> ، دار المعرفة الجامعية ، 1996 ، ص . 103.

$$\text{معدل الخصوبة العام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء في السنة}}{\text{عدد الإناث في الفئة 15 -49 سنة}} \times 1000$$

معدل الخصوبة العمرية النوعية :

$$\text{معدل الخصوبة النوعية العمرية} = \frac{\text{عدد مواليد أحياء في السنة لأمهات في فئة عمرية}}{\text{عدد الإناث في نفس الفئة العمرية في نفس السنة}} \times 1000$$

وعليه فأن علماء الديمغرافيا يولون في تحليلهم لظاهرة لخصوبة كمتغير د يمغرافي اهتمام كبير من خلال محاولة معرفة المتغير الذي يتعرض له هذا الأخير في ظل مختلف التأثيرات في مختلف الميادين سواء كانت هذه التأثيرات اجتماعية أو اقتصادية أو سياسية أو حتى ديمغرافية .

المبحث الثاني : الخصوبة في الجزائر من خلال التحقيقات الكبرى

المطلب الأول : المدى الأقصى للإنجاب و بداية التحول

لقد عرفت الدراسات السكانية تغيرا كيفيا ملحوظ ، حيث أصبح تأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية و النفسية للفرد ، و هذا بغرض التعمق في فهم هذه الظاهرة ثم شرحها حسب مضمونها الإجمالي ، لان الهدف أصبح من وراء هذه الدراسات هو الكشف عن الأسباب و مواقف الأفراد اتجاه الخصوبة و الإنجاب و ذلك من خلال معرفة اتجاهاتها

01-المدى الأقصى للإنجاب :

عرفت مستويات الخصوبة ارتفاع مذهل بعد الاستقلال ، و بغرض معرفة أهم الأسباب و العوامل التي كانت وراء ذلك ، و قامت مديرية الإحصاء بتحقيق وطني حول الإنجاب دام " من 25 مارس 1970 م إلى غاية 1971 م " [1] و كان يهدف هذا الأخير إلى المعرفة المعمقة للخصوبة و العوامل المفسرة لها مثل :

- تأثير الزواج على الخصوبة .
- تأثير العوامل الفيزيولوجية ، الوفيات الرحمية و الإجهاض ... الخ على الخصوبة .
- تأثير الوسط الاجتماعي على الخصوبة .

02- تحول الخصوبة تحقيق 1986:

مشكل التزايد السكاني في الجزائر لم يؤخذ بصورة جدية إلا مع بداية الثمانينات ، و كان ذلك بعد أن فشلت الدولة في تلبية الحاجيات الأساسية للسكان و لهذا رأت الهيئات المختصة أنه من الضروري وضع برنامج وطني لتحكم في النمو الديمغرافي.

---

[1] - الديوان الوطني للإحصاء ، الديمغرافيا و الإحصائيات الاجتماعية ، كراس رقم 01 ، الطبعة 1991.

ومن بين أهم أهداف هذا الأخير ترقية وضعية المرأة ، وذلك عن طريق تعليم المرأة و عملها ، فهذان المتغيران يعطيان للمرأة تصور جديد لمفهوم الأسرة القائمة على الكيف لأعلى الكم . و حتى المخطط الخماسي الثاني (1985-1989) ، و أكد على ضرورة المستوى التعليمي للمرأة و توسيع مشاركتها في الحياة العملية و ضرورة القيام بأبحاث و دراسات تدور حول محددات التزايد السكاني وعلاقتها بالتنمية الاجتماعية و الاقتصادية بهدف و ضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي للبلاد .

و من اجل هذا أسندت وزارة العمل و الأشغال الاجتماعية ، مهمة إجراء هذه الدراسات ، على شكل تحقيق وطني حول الخصوبة.

و من بين الأهداف المسطرة ضمن هذا التحقيق :

- قياس مميزات الخصوبة أي مستوياتها و اتجاهاتها .
- الكشف عن العلاقة الموجودة بين الخصوبة و العوامل الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية .
- كشف العلاقة بين وفيات الأطفال و الخصوبة .
- دراسة النموذج العائلي حسب تكوينه .
- تحليل العلاقة بين الخصوبة و المدة الفاصلة بين ولادتين

و أهم النتائج التي أسفرت عنها التحقيق تمثلت فيما يلي :

- أن الزواج ضرورة اجتماعية لدى المرأة الجزائرية .
- إن النساء الجزائريات يعشن تقريبا في نظام شبه طبيعي.
- مهما كان السن الذي تتزوج فيه المرأة فهناك استمرارية في الإنجاب .

ارتفاع مستوى الخصوبة عند هؤلاء النسوة مرتبط بارتفاع المستوى المعيشي و الحالة الصحية للأسرة الجزائرية .

- الإنجاب في السنوات الخمسة الأولى منخفض بصورة واضحة مقارنة بالسنوات الموالية .

و النتيجة العامة لهذا التحقيق هو" أن النسل النهائي للمرأة الجزائرية التي تزوجت قبل 17 سنة وبقيت متزوجة حتى 45سنة أو 49 سنة هو 9.2 طفل في المتوسط هو ما يقارب الرقم الطبيعي للخصوبة ."[1]

المطلب الثاني : استمرارية تراجع الخصوبة تحقيق 1992 م :

بمشاركة وزارة الصحة و السكان ، الديوان الوطني للإحصائيات و جامعة الدول العربية ، تم تنفيذ المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل على مستوى التراب الوطني سنة 1992

---

[1] - مجلة الجزائر ، جانفي ، 1988 .ص 15

م في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة .وقد تمثلت أهداف المسح في تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم و الطفل و ذلك من خلال توفير البيانات التالية :

- دراسة الظواهر الديمغرافية و اتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصائيات الرسمية .
- تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة و اتجاهاتها .
- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة و أثرها على صحة كل من الطفل و الام .

من أبرز النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح و المتعلقة بموضوع بحثنا تكمن في النقاط التالية :

لوحظ انخفاض ملحوظ في مستويات الخصوبة ، إذ بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 4.4 طفل في المتوسط لكل امرأة بعد أن كان 7 أطفال في المتوسط في بداية الثمانينات .

و لقد كان المجتمع الحضري اصرع في المساهمة في ذلك الانخفاض على المجتمع الريفي و ذلك بنسبة 41% مقابل 34 على التوالي .

و تشير نتائج المسح انه كلما ارتفع السن عند الزواج كلما انخفض مستوى الخصوبة حيث بلغ متوسط المواليد الأحياء للمبحوثين اللواتي تزوجن قبل بلوغهن سن 15 سنة 7.6 طفل لكل امرأة و ينخفض إلى إن يصل الى2.6 طفل في المتوسط لكل المبحوثين اللواتي تزوجن في الفئة العمرية ما بين 25-29 سنة.

كما تأثرت مستويات الخصوبة بعوامل وسطية منها الفترة مابين الزواج و المولود الأول إذ بلغ متوسط هذه الفترة 17 شهر ، و أيضا طول الفترة ما بين المولود الأخير و السابق له مباشرة و الذي قدر ب 30 شهر .

و أظهرت نتائج المسح ، إن هناك ارتفاع في نسبة المبحوثين اللواتي أجهضن على الأقل مرة واحدة ، و ذلك بنسبة 22% أي 105حالة إجهاض لكل 1000مولود حي .

أما بالنسبة لفقد الأجنة سواء مواليد ميتة أو اجهاضات فقد بلغت نسبتهم 10% من مجموع الأحمال ، والجدير بالذكر أن نسبة حالات الحمل لم تنته بولادة حية ، و لم تظهر اتجاه في الانخفاض كما هو الحال بالنسبة لوفيات الرضع" أين سجلت هذه الأخيرة انخفاض ملحوظ خلال هذا المسح إذ قدرت بنسبة 45% بعدما كانت في بداية منتصف السبعينات تصل إلى أكثر من 120% .

أما فيما يخص استعمال وسائل منع الحمل ، فقد بينت نتائج المسح الجزائري حول صحة إلام و الطفل إن هناك معرفة واسعة لوسائل منع الحمل ، حيث بلغت نسبة درجة المعرفة لهذه الوسائل 99 % كما أن نسبة المبحوثين سبق لهن استخدام على الأقل وسيلة واحدة من هذه

الوسائل و أن نسبة استخدام الوسيلة الحديثة هي الأكثر استخداما من الوسيلة التقليدية و ذلك بنسبة 66 % مقابل 27% و اعتبرت الحبوب هي أكثر الوسائل استعمالا و ذلك بنسبة 64% تليها الرضاعة الطبيعية بنسبة 18 % و بلغ متوسط استمال هذه الأخيرة 12.5 شهر و السبب الرئيسي وراء هذا الاستعمال هو تأجيل الحمل بنسبة 80 % "[1]

و من بين النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح هو وجود تغير في مستوى و نمط الزواج و كان لذلك تأثير مباشر على مستويات الخصوبة ، فمتوسط السن عند الزواج الأول عرف ارتفاعا كبيرا ، حيث بلغ 26 سنة عند الإناث و 30 سنة عند الذكور .

كما لوحظ وجود علاقة عكسية بين السن عند الزواج و المستوى التعليمي سواء كان ذلك عند الإناث آو الذكور .

و فيما يتعلق بزواج الأقارب نجد إن أكثر من ثلث المبحوثين تزوجن بأقربهن كما لوحظ إن نسب المبحوثين اللواتي تزوجن من أقاربهن تقل عن المتزوجين حديثا ، و تنتشر هذه الظاهرة بالمناطق الجنوبية و تنخفض بارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثة .

المبحث الثالث : متغيرات الخصوبة

المطلب الأول : المتغيرات الوسيطة للخصوبة

رغم تسليمنا أن الوسيلة الناجعة المؤثرة على الخصوبة هي موانع الحمل بأشكالها المختلفة ، غير إن مستوى الخصوبة لا يحدد بهذه الوسيلة فقط بل هناك عدة محددات مباشرة أخرى تخضع لعوامل اجتماعية واقتصادية و لها تأثير هام في تحديد مستوى الخصوبة لأي امرأة كانت و في إتباع سلوك معين في الإنجاب ويمكن تحديد هذه المتغيرات الوسيطة على الخصوبة في :

01-العمر عند الزواج الأول :

يعتبر من أهم العوامل الديمغرافية التي ساهمت مساهمة فعالة في انخفاض معدلات الخصوبة بحيث يساهم سن الزواج الأول في تحديد فترة الحياة الإنجابية ، و الجدول أدناه يبين لنا ذلك .

الجدول رقم : 01 المجال المتوسط بين الزواج و أول ولادة حية حسب سن الزواج :

فئات سن الزواج	أول ولادة حية			
	ENAF 1986		EASME 1992	
	المدة بالشهر	التكرار	المدة بالشهر	التكرار
اقل من 14 سنة	35.55	170	48.85	195

[1] - وزارة الصحة و السكان ، 1999، العدد 20، ص. 16 .

من 15 إلى 19 سنة	20.38	1711	25.92	1800
من 20 إلى 24 سنة	17.61	769	20.83	996
من 25 إلى 29 سنة	16.71	148	20.16	188
30 سنة فما أكثر	20.69	39	17.75	28

المصدر : عمل خاص على كل من المسح الوطني الجزائري الخاص بصحة الام و الطفل و المسح الوطني الخاص بالخصوبة و الذي تم إجراه خلال 1992

التعليق على الجدول :

من خلال هذا الجدول يمكن القول بأنه كلما ارتفع سن الزواج كلما قلة الخصوبة باستثناء السن 14 سنة إذ نجد أن أول ولادة حية كانت بعد 35.55 شهر خلال سنة 1986 م وعند الحد 48.85 شهر سنة 1992 م وإذا ما دل هذا الارتفاع على شي فإنه يدل على قلة القدرة الإنجابية أو الوفيات الرحمية الناتجة عن تبكير سن الزواج (المرأة ليست في الحالة الفيزيولوجية الملائمة للحمل) ضف إلى ذلك وما تمكن الطب الحديث إلى تفسيره أن الزواج المبكر يعرض المرأة إلى العقم البدائي كما أن المرأة في هذا السن غير مؤهلة للقيام بالوجبات الزوجية في شتى المجالات .

أن هذا الاختلاف في سن الزواج من امرأة إلى أخرى داخل المجتمع الواحد يرجع إلى مجموعة من الأسباب نجد من أهمها منطقة السكن فهنالك من تقطن في الريف تتزوج في سن مبكر و هناك من تقطن في الحضر تتزوج في سن متأخر الاختلاف في المستوى التعليمي ما بين الابتدائي ة المتوسط والثانوي أما فيما يخص السنوات الأخيرة نلاحظ أن التعليم العالي و البحث العلمي هما المستويين الذين من شأنهما التأثير على سن الزواج عند المرأة و هذا ما تعكسه معطيات الجدول التالي:

الجدول رقم : 02 المجال المتوسط بين سن الزواج و الولادة الأولى حسب سن الزواج :

بعض المتغيرات الاجتماعية	المجال المتوسط بين سن الزواج و الولادة الأولى							
	اقل من 14 سنة		من 15 إلى 19 سنة		من 20 إلى 24 سنة		25 سنة فما فوق	
	ENAF 1986	EASME 1992	ENAF 1986	EASME 1992	ENAF 1986	EASME 1992	ENAF 1986	EASME 1992
منطقة السكن								
ريف	38.4	52.8	19.6	27.4	17.8	20.7	17.7	22.6
حضر	34.0	40.5	21.0	24.0	18.0	21.0	18.4	19.1

مستوى التعليم								
أميات	35.3	48.0	21.4	27.4	18.5	24.4	17.7	21.1
ابتدائي + متوسط	40.5	53.4	17.5	23.2	17.5	18.0	17.2	18.3
ثانوي فما فوق	-	91.0	13.6	22.1	14.2	18.6	19.6	16.3
مجموع	35.6	48.9	20.5	25.9	17.9	20.8	17.7	19.3

من خلال هذا الجدول يمكن القول بان الفترة بين الزواج و الولادة الحية تتغير من منطقة سكانية إلى منطقة أخرى ، حيث تنخفض هذه الفترة إذا انتقلنا من الريف إلى الحضر و يرجع هذا إلى عدة أسباب من بينها أن الخدمات الصحية في الحضر أكثر و أحسن منها في الريف و بالتالي فإن المرأة الحضرية لا تتعرض إلى نفس المخاطر التي تتعرض لها مثيلتها في الريف أثناء فترة الحمل و كذا عند الولادة وبعد الولادة .

كما أن الفترة بين الزواج وأول ولادة تتغير حسب المستوى التعليمي للمرأة بحيث تنخفض هذه الفترة كلما ارتفع سن الزواج و المستوى التعليمي، حيث قدر فارق الانخفاض في فئة سن الزواج من 15 الى 19 سنة بحوالي 06 نقاط مقارنة مع النسوة المتزوجات عند أعمار تفوق 24 سنة .

و في الأخير و من أجل كشف العلاقة العكسية بين سن الزواج و أول ولادة يمكن تحقيق ذلك بالاعتماد على اختبار" STUDENT "[1] المبني على :

إذا افترضنا أن سن الزواج يحمل الرمز X

و الفترة الممتدة ما بين الزواج و أول ولادة تحمل الرمز Y

H0 تمثل فرضية العدم : أي عدم وجود علاقة ارتباط بين سن الزواج و الفترة الممتدة بين الزواج وأول ولادة أما بالصيغة الرياضية يمكن القول عدم وجود علاقة بين المتغيرين X. Y

H1 عدم قبول الفرضية الأولى و التسلية بوجود علاقة ارتباط بين سن الزواج و الفترة الممتدة ما بين الزواج و حدوث ؤول ولادة .

قدر معامل الارتباط r بين Z.Y خلال مسحي 1986 و 1992 على التوالي عند القيمتين (-0.1616)

---

[1] - عبد القادر حلمي ، مدخل إلى الإحصاء ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الطبعة الثانية ، الجزائر 1993 م ، ص. 278.

و (-0.2323) و مما تجدر بنا الإشارة إليه هو أن هاتين القيمتين ضعيفتين جدا .

و لكن ما تم التوصل إليه هو أن هناك علاقة عكسية بين المتغيرين أي أن هناك علاقة عكسية بين سن الزواج و الفترة الممتدة ما بين الزواج و الولادة الأولى و بالتالي هناك علاقة عكسية ما بين سن الزواج و الخصوبة أي بمعنى انه كلما قل سن الزواج كلما ارتفع معدل الخصوبة و العكس صحيح .

$$Ttab = T^{\&/2}_{N-2}$$

N-2: تمثل درجة الحرية

&/2 : تمثل درجة الثقة .

و بما أن حجم العينة مهما كان المسح اكبر من 120 حيث قدر في سنة 1986 م ب 2837 وفي سنة 1992 م ب 3208 فإن القيمة المجدولة عند درجة ثقة 95% تساوي 1.645 .

و تقدر قيمة المتغير المحسوبة بالعلاقة :

عند إجراء التطبيق العددي على العلاقة السابقة نصل إلى :

*T يساوي 8.719 في سنة 1986 م

*T يساوي 13.525 في سنة 1992 م .

و بما إن القيمة المجدولة اصغر من القيمة المحسوبة فإنه يتم رفض الفرضية الأولى و تقبل الفرضية الثانية أي نسلم بوجود علاقة بين سن الزواج و أول ولادة و بالتالي وجود علاقة بين سن الزواج والخصوبة و هذه العلاقة هي علاقة عكسية .

02- مدة الزواج :

يقصد بمدة الزواج الفترة التي تعيشها المرأة مع زوجها تحت سقف واحد، و تشمل هذه المدة الفترة التي تكون فيها المرأة معرضة للإخصاب حيث تختلف هذه الأخيرة باختلاف الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية لزوجين و لمعرفة مدى تأثير هذه المدة على الخصوبة في الجزائر نحاول الاعتماد على النساء اللواتي لم يعرفن انفصال في العلاقة الزوجية .

02-استعمال وسائل منع الحمل :

يعتبر عامل استعمال وسائل منع الحمل خاصة الحديثة منها احد أهم المحددات المباشرة للخصوبة اذ نجد أن الهدف من استعمال هذه الوسائل هو إما تأجيل إنجاب الأولاد أو الحد من الولادات عن طريق الاستعمال المستمر و الدائم لهذه الوسائل .

ففي الجزائر عرف استعمال وسائل منع الحمل انتشار كبير حيث " قدر فارق نسبة الاستعمال بين سنتي 1986 م و 1984 م بحوالي 17 نقطة " [11]و خلال الفترة الممتدة من 1986 م و 1992 م أرتفعت نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل من 35.5 % إلى 50.7 % و يمكن تلخيص كل ما سبق حسب الجدول التالي :

الجدول رقم : 03 نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة لخمس سنوات قبل مسحي سنتي 1986 م و 1992 م .

مكان الإقامة	ENAF 1986	EASME 1992
حضر	17.8	3.03
ريف	4.4	2.75
الجزائر	9.8	2.9

المصدر : عمل خاص مبني اعتماد على معطيات كل من المسح الوطني الجزائري الخاص بصحة الام و الطفل في سنة 1992 و المسح الوطني الخاص بالخصوبة في سنة 1986 .

الرضاعة :

تعتبر الرضاعة الطبيعية من بين المحددات الوسيطة للخصوبة إذ أن إرضاع المولود مباشرة بعد الولادة في الليل و النهار لفترة طويلة من الزمن من شانه أن يحمي الأم من الوقوع مرة أخرى في الحمل و بالتالي التأكيد على أن الرضاعة تلعب دور هاما في تأجيل الحمل التالي ، كما أنها تحافظ على صحة الأم و الطفل معا .فهي تفرز هرمون FSA الذي يعمل على تأجيل العادة الشهرية وبالتالي إلى تأخير عملية التبويض إذ أن الرضاعة الطبيعية بالرغم من تأثيرها المباشر على الخصوبة فهي تعد وسيلة غير مباشرة لمنع الحمل من جهة و تباعد الولادات من جهة ثانية .

و تشير البيانات المتحصل عليها خلال المسح الوطني لحماية الأم و الطفل في سنة 1992 م إلى أن حوالي 60 % من الأطفال بدو الرضاعة الطبيعية خلال الساعات الأولى من الولادة و أن أكثر من ثلث الحالات أي حوالي 36 % من اللواتي لم ترضعن من الثدي تعود أساسا إلى عدم كفاية لبن الأم كما قام POTTER " بتحديد المجال بين ولادتين بحوالي 17 شهر إذا كانت الرضاعة مطولة و 18 شهر في حالة غياب الرضاعة"[1] .

---

[1]- Association Algérienne Pour La Recherche Démographique économique et social (AARDES) la régulation des naissances , enquête démographique VOL 1970 p .82.

[1] POTTER, G, R , (1963)" births intervals : structure and change"

و من بين المؤشرات الهامة لقياس الرضاعة الطبيعية نجد متوسط طول فترة الرضاعة و الذي بلغ خلال المسح الأخير 12.3 شهر منها 10.6 شهر في الوسط الحضري و 14.00 شهر في الوسط الريفي . و في حالة مقارنة نتائج المسح لصحة الأم و الطفل بالمسوح السابقة يتبين أن متوسط طول فترة الرضاعة تتجه نحو الانخفاض بنسب كبيرة سواء كان ذلك في المناطق الحضرية أو الريفية حيث بلغ هذا الأخير سنة 1970 م حوالي 14.3 شهر منها 12.6 شهر في الوسط الحضري و 15.7 شهر في الوسط الريفي بفارق 1.8 شهر .

كما تم تحديد مدة الفطام في المجتمعات الإسلامية بعامين تبعا لقوله تعالى : بعد بسم الله الرحمن الرحيم " والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة "- من سورة البقرة الاية 233- ورغم كل هذا تعرف مدة الرضاعة الطبيعية تراجعا كبيرا في بعض الدول الإسلامية و من بينها الجزائر حيث عرفت مدة الرضاعة فيها تراجعا قدر بشهر (أنظر الجدول أدناه) و كان ذلك خلال الفترة الممتدة من 1986 م الى غاية سنة 1992 م بناء على طريقة المتوسط الحسابي .

أما طريقة الوضع الحالي و الذي يمكن تعريفه كما يلي :

مدة الرضاعة الطبيعية = الانتشار /التأثير أي

= الأطفال الراضعون خلال المسح / عدد الولادات الشهري

فقد تم تقدير هذا التراجع بما يقارب 0.7 أشهر

جدول رقم : 04 متوسط مدة الرضاعة بطريقتي المتوسط الحسابي و الوضع الحال في الوسطين الريفي والحضري بالأشهر.

منطقة السكن	الطريقة				
	المتوسط الحسابي			الوضع الحالي	
	1970	1986	1992	1986	1992
الريف	14.4	15	11.5	15.6	15.2
الحضر	11.3	15.7	14.7	11.3	11.4
المجموع	13.4	14.4	13.3	14.2	13.5

المصدر : بولفخار ناصر ، أثر الهجرة الداخلية على الخصوبة ، رسالة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا ، جامعة البليدة ، معهد العلوم الاجتماعية ، 1996 ، ص .43.

---

population . studies. 17, p .156

05- الإجهاض :

لهذا العامل دور هام في تنظيم الخصوبة، والإجهاض هو أن فقدان الحمل بعد حوالي 07 أشهر من الإخصاب ، و قد يكون هذا الإجهاض تلقائيا (لا إرادي) ناتج عن مشاكل صحية قد تصيب الأم أو تعرضها إلى حادث ، كما قد يكون هذا الإجهاض عمديا ، عندما ينظر إليه كوسيلة لتنظيم الأسرة ، أو عدم الرغبة في الإنجاب أو كما هو منتشر في مجتمعنا الجزائري أن هذا الحمل جاء عن طريق الخطأ غير أن تقييم أهميته و تأثيراته.

إحصائيا على الخصوبة ، يصعب تحقيقه نظرا لعدم توفر الإحصائيات الدقيقة عن هذه الظاهرة ، ويرجع هذا إلى مجموعة من الأسباب أهمها وجود بعض المجتمعات التي تحرم الإجهاض لأسباب دينية ، و عليه سوف تكتفي بالنتائج المتحصل عليها من خلال المسح الوطني لحماية الأم و الطفل لسنة 1992 م ،إذ بلغت نسبة النساء اللواتي أجهضن على الأقل مرة واحدة حوالي 22.3 % و قد بلغ معدل حالات الإجهاض 105 حالة إجهاض. لكل 1000 مولود حي ، و نجد أن ثلاثة أرباع هذه الحالات تتم خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل ، كما أن نسبة الإجهاض تتزايد مع تقدم سن المرأة و كذا طول مدة الزواج .

06/ التخطيط العائلي : أو السياسة السكانية :

لم يكن للجزائر خلال مرحلة السبعينيات سياسة سكانية مباشرة ترمي إلى الوصول إلى معالم و أهداف ديمغرافية محددة مسبقا،على أساس ضبط النمو الديمغرافي كعامل أساسي في تحقيق برامج التنمية إذ نجد أن :

- برامج المخطط الخماسي الأول: في الفترة من 1980 م إلى 1984 م ركز على ترقية المرأة اجتماعيا وضرورة تباعد بين الولادات .
- برامج المخطط الخماسي الثاني : في الفترة الممتدة ما بين 1985 م و 1989 م فقد أكد هذا المخطط على أن "... النمو الديمغرافي يشكل أكبر أحد العوائق الهامة لمسيرة التنمية ...و لهذا فعلى المخطط الخماسي الثاني أن يولي أهمية خاصة للقضية الديمغرافية " [1]

و في سنة 1978 م تم إنشاء جمعية التخطيط العائلي ، و قررت هذه الجمعية تبني برنامج تنظيم النسل ضف إلى هذا فإن الإحساس بكبر و عظامة هذا المشكل دفع الرئيس في سنة 1987 م بالتصريح أمام المجلس الشعبي الوطني (يمثل النمو الديمغرافي أحد التحديات الكبرى التي يجب على بلادنا أن تتصدى لها بشجاعة و حسم ، لأنه لا يمكن أن يتحقق هدف رفع معيشة جميع المواطنين إلا إذا توصلنا الى التحكم في تزايد السكان) ، إن هذا التغير

---

[1]- وزارة التخطيط ، المخطط الخماسي الثاني (1985 م – 1989 م)، ص ص. 17.18.

في المسالة السكانية تم تجسيده في الواقع وذلك من خلال إجراءات من شأنها أن تتحكم في النمو الديمغرافي نجد أهمها في :

اللجنة الوطنية لحماية الأسرة : هذه الأخيرة التي عملت على :

- تدعيم هياكل التوليد خاصة في المناطق الريفية .
- تدعيم و تطوير شبكة التخطيط العائلي بما في ذلك مصالح التوليد .
- تدعيم و ترقية الإعلام و التوعية اتجاه المجتمع .
- تحسيس المواطنين بالمسؤولية اتجاه الآثار السلبية لنمو الديمغرافي .
- السعي نحو تحقيق تباعد الولادات من أجل الحفاظ على صحة الأم و الطفل .

و عليه و استنادا إلى كل ما سبق يمكن القول بأن السياسة السكانية التي انتهجتها الجزائر كانت تستهدف صحة إلام و الطفل ، غير أن هذا الهدف عرف عمق أخر خاصة عندما اعتمدت الجزائر شعار تنظيم الأسرة حيث تعدى انشغاله حماية الأمومة و الطفولة إلى محاولة تحسين الظروف الصحية العمومية لمختلف شرائح المجتمع .

- غير أنه و بمجيئي الرئيس الشاذلي بن جديد تغيرت المواقف السياسية اتجاه قضية النمو الديمغرافي السكاني ، ففي سنة 1980 م جاء في تقرير الأمين العام للحزب الحاكم بأن " النسب العالية لنمو الديمغرافي التي تعرفها الجزائر تلغي مفعول كل التحسينات النوعية التي تطمح إلى تحقيقها عبر برنامج التنمية ، لذلك لابد من تخطيط سياسة تقوم على مزيد من تحمل الأسرة لمسؤوليتها أمام المجتمع وعلى المزيد من الاحترام للأم و الطفل ، و نظرا إلى أن التحكم في النمو الديمغرافي لا يمكن أن يعطي نتائجه إلا على المدى البعيد ، فإن المشكل ألان مطروح و بصورة إستعجالية حتى لا تترك الأعباء للأجيال القادمة و المترتبة عن استمرار هذا الوضع

وهكذا أصبحت السياسة السكانية الهادفة إلى التحكم في النمو السكاني ، واقعا معاشا بانطلاق البرنامج الوطني لتباعد الولادات ، و الذي أقره مجلس الوزراء و أعطى له عناية فائقة و كان ذلك في سنة 1983 م حيث تم الاستعداد لهذا البرنامج بإصدار تشريعات و فتاوى و إنشاء مراكز عديدة لحماية الأمومة و الطفولة ، و كان كل هذا من اجل تعبيد الطريق و تهيئتها بما يسهل للقائمين على البرنامج الوطني لتخطيط العائلي الناجح في مهامهم و من دلك نجد :

01- الشروع في إنشاء مراكز عديدة لحماية الأمومة و الطفولة حيث وصل عددها إلى 303 مركز في سنة 1983 م .

02- أصدر المجلس الإسلامي الأعلى و ذلك في سنة 1982 فتوى تبيح استعمال وسائل منع الحمل .

03- صدور قانون الأسرة الذي رفع من سن الزواج لكل من الإناث و الذكور .

المطلب الثاني : المتغيرات الغير وسيطة للخصوبة

إن ظاهرة الخصوبة لأي مجتمع كان ، لا تحدث بمعزل عن الظروف الاجتماعية و الاقتصادية ، فالمعتقدات و الأعراف الجماعية و النظم الاجتماعية و البني العائلية بالإضافة إلى كل النظم السياسية من شأنها أن تؤثر بصورة غير مباشرة على الخصوبة أي أن كل تغير يحدث على المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي أو السياسي في مجتمع من المجتمعات و نخص بالذكر المجتمع الجزائري سوف يكون له تأثير على مستويات الخصوبة و هذا ما سوف يوضحه لنا هذا المبحث و ذلك من خلال تحليل و إبراز العلاقة بين المحددات الغير مباشرة أو الغير وسيطة و الخصوبة .

01-الوضع الاجتماعي للمرأة :

انعكست التغيرات التي شاهدتها البلاد على المستوى الاجتماعي فأصبحت المرأة سواء في التعليم أو في المجالات الأخرى أكثر ارتقاء و تزيد معدلات هؤلاء النساء اليوم تلوا الأخر ، إذ أن كل هذه التغيرات انعكست بالدرجة الأولى على السلوك الإنجابي للمرأة و خصوبتها ، ولعل أكبر دليل على ذلك هو الإحصائيات الرسمية وهو ما سوف نتطرق إليه فيما يلي :

أ- المستوى التعليمي للمرأة :

قد أظهرت نتائج التعدادات و المسوح التي أجريت على المستوى الوطني صحة الافتراض المبني على أن العلاقة بين المستوى التعليمي و الخصوبة هي علاقة عكسية و هو ما يوضحه أكثر هذا الجدول :

الجدول رقم 05: متوسط المدة الفاصلة بين الزواج الأول و الولادة الأولى حسب المستوى التعليمي والعمر عند الزواج الأول و ذلك من خلال مسحي : 1986 و 1992 بالشهر والعمر عند الزواج الأول و ذلك من خلال مسحي : 1986و 1992 بالشهر

المستوى التعليمي	سنة الملاحظة					
	ENAF1986			EASME 1992		
	المدة بالأشهر	العمر عند الزواج الأول	%	المدة بالأشهر	العمر عند الزواج الأول	%
أمية	21.4	18.3	71.7	28.2	18.8	59.3
ابتدائي / متوسط	17.8	19.6	25.4	21.3	19.7	36.6

ثانوي فما أكثر	15.4	22.8	2.8	19.2	22.3	4.1
المجموع	20.3	18.7	%100	25.3	18.8	%100

المصدر : عمل خاص مبني اعتماد على معطيات كل من المسح الوطني الجزائري الخاص بصحة الام والطفل في سنة 1992 و المسح الوطني الخاص بالخصوبة في سنة 1986 .

من خلال هذا الجدول نجد أن متوسط المدة الفاصلة بين الزواج و الولادة الأولى تنخفض كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم و يرجع ذلك إلى أن ارتفاع المستوى التعليمي للأم يؤدي إلى :

* تأخر سن الزواج و تضاعف احتمالات مساهمتها في النشاط الاقتصادي أو على الأقل ظهور محفزات لا يمكن بلوغها في حالة وجود عدد كبير من الأطفال أي أن التعليم " يولد رغبات جديدة تتعارض مع كثرة الأطفال كما يمكن المرأة من الاطلاع على الاستخدام و التحكم الجيد في وسائل منع الحمل " [1]

ففي الجزائر تعرف نسب المتمدرسين كما يوضح لنا الجدول أدناه ارتفاعا متواصلا منذ الاستقلال نتيجة لتطبيق مبدأ إجبارية التعليم لكل مواطن جزائري .

الجدول رقم 06 : تطور نسب المتمدرسين من 06 سنة إلى 13 سنة .

السنة	الذكور	الإناث	المجموع
من 1965الى 1966	57.7	32.9	45.4
من 1977الى 1978	88.7	64.9	76.7
من 1986الى 1987	93.06	73.5	83.35
من 1991الى 1992	94.16	79.6	86.99

المصدر : ONS, Rétrospective , 1962-1991 , séries statistique N 35, P .24.

02-عمل المرأة :

أن مساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي ، يعتبر من أهم العوامل المؤثرة في انخفاض الخصوبة في الجزائر ، ويرجع ذلك إلى التعارض الموجود بين ممارسة المرأة لمهنة ما و كثرة

[1] بوافخار ناصر ، أثر الهجرة الداخلية على الخصوبة ، مرجع سابق ،ص . 60.

الإنجاب ،إذ نجد أن خروج المرأة إلى العمل و مشاركتها في بناء و تشيد الوطن ، و تقلدها للمناصب العليا قضت على الدور التقليدي لها

و ما يمكن قوله بالبرهان العددي أن عدد النساء المشتغلات في الجزائر في تزايد مستمر " فقد ارتفع عدد المشتغلات من 660 ألف في سنة 1992 إلى 766 ألف في سنة 1995 م أي بنسبة 10 % من مجموع السكان المشتغلين إلى 16.6 % " [1] ويعد تطور معدلات أنشطة المرأة لعدة عوامل تتباين في أهميتها .

وعليه فإن العلاقة بين عمل المرأة و خصوبتها جد معقدة فلوا افترضنا أن ممارسة المرأة للمهنة أيسر وأسهل بالنسبة للواتي أنجبن عدد قليل من الأولاد من اللواتي أنجبن عدد أكبر من الأولاد فإن ذلك يؤدي بضرورة الحال إلى أن بعض النساء يقومون بتحديد حجم أسرهن ليتمكن من العمل ، غير أن إحصائيات بعض المسوح و التحقيقات التي أجريت في الجزائر أكدت على أن كبر حجم بعض الأسر وتدني مستوى معيشتها هما السبب الرئيسي في خروج المرأة إلى ميدان العمل .

الجدول رقم : 07 تطور نسبة العاملات حسب الفئات العمرية في الفترة ما بين 1977 م و 1996 م .

السنوات / فئات الأعمار	1985 م	1989 م	1996 م
أقل من 20 سنة	3.28	3.28	15.17
من 20 إلى 24 سنة	14.24	13.12	-
من 25 إلى 29 سنة	14.88	15.26	17.22
من 30 إلى 34 سنة	10.11	13.62	-
من 35 إلى 39 سنة	8.6	7.62	13.7
من 40 إلى 44 سنة	8.47	7.15	-
من 45 إلى 49 سنة	7.3	5.43	-
من 50 إلى 54 سنة	4.61	5.08	-

المصدر: وزارة الصحة و السكان ، سنة 1998 م ، رقم 26 .ص.04.

[1] - وزارة الصحة و السكان ، سنة 1995 ، رقم 226 ، ص.03.

03-الوضعية الاقتصادية للأسرة :

أ- رغم أن وضعية السكان و تجهيزات الأسرة ، عرفت تحسن ملحوظ منذ الاستقلال إلى يومينا هذا ، غير أن بعض الفروق الجهوية مازالت سائدة ضف إلى ذلك ارتفاع معدلات إشغال السكن والغرف .

ب- الجدول رقم : 08 تطور معدل إشغال السكن و الغرف حسب التعداد الرابع .

السنة / معدل الإشغال	1966 م	1977 م	1987 م	1998 م
إشغال المسكن	6.10	6.83	7.54	7.14
إشغال الغرف	2.78	3.17	2.65	-

المصدر : وزارة الصحة و السكان ، سنة 1999 ، رقم 80 ص.13.

إن مجموع السكنات المشغولة على المستوى الوطني المقدرة ب 4.053.793 مسكن سنة 1998 م (وزارة الصحة و السكان ، سنة 1998 م ، العدد رقم 270 ص. 03.) لم تكن تتعدى 1.982.000 مسكن في سنة 1966 م (وزارة الصحة و السكان ، سنة 1996 م ، العدد رقم 242 ، ص. 03.) و لكن وبالرغم من هذا التحسن في حظيرة المساكن ؟، تبقى هذه الانجازات المحققة ضعيفة إذا ما قورنت مع التزايد السكاني الذي شاهدته البلاد ، و هذا العجز يعتبر من بين أحد العوامل الأساسية في ارتفاع السن الوسطي لزواج خاصة في الآونة الأخيرة كما جعل العديد من الأسر عاجزة عن توفير مسكن مستقل مما أدى بها في كثير من الأحيان إلى تقاسم مسكن واحد مع أسرة أخرى أو أكثر من أسرة واحدة ، و قد أدى هذا النمط من السكن إلى التقييد من حرية الزوجة اتجاه خصوبتها من جهة و من جهة أخرى من حيث السلوك الإنجابي لها .

ضف إلى ما سبق فإن سكان الريف يتميزون بالزواج المبكر و انخفاض المستوى التعليمي و كذا بصعوبة الحصول على وسائل منع الحمل و هي عوامل تزيد من خصوبتهم مقارنة مع سكان الحضر .

ت- البطالة

تعتبر بطالة فئة الشباب المقبلين على الزواج من بين أحد العوامل المؤثرة على تراجع الخصوبة في الجزائر ، حيث ساهمة البطالة في تراجع السن عند الزواج الأول ، و قد كان لهذا الأخير تأثيره المباشر على السلوك الإنجابي للأفراد و خصوبتهم ، فقد شاهدت معدلات البطالة

ارتفاع سريع حيث انتقلت من 1.522 ألف سنة 1992 م إلى 2.102 ألف سنة 1995 م أي بزيادة قدرها 580 ألف بطال في ظرف لا يتجاوز ثلاث سنوات ، و نجد أن أكثر من 80 % من هؤلاء البطالين لا يتجاوز سنهم 30 سنة .

الجدول رقم : 09 نسب البطالين و المشتغلين ما بين 1966 م و 1995 م تطور معدل إشغال السكن و الغرف حسب التعداد الرابع.

السنة	مجمع السكن	السكان المشتغلين	السكان البطالين	معدل التشغيل %	معدل البطالة %
1966	12.1	2.56	0.84	21.2	33.0
1977	16.9	3.05	0.67	17.5	22.0
1987	23.0	5.34	1.14	22.9	21.4
1992	26.6	6.22	1.50	23.4	23.8
1995	28.2	7.49	2.10	26.5	28.1

المصدر : وزارة الصحة و السكان : سنة 1995 ،/ العدد رقم 226 ص .02.

" ففي سنة 1989 م متوسط سن الزواج عند الأشخاص الباحثين عن العمل بلغ حوالي 30 سنة ، في حين متوسط مدة البطالة تراوحت بين 20 و 28 شهر عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30 و 35 سنة إلى 65% و 175 % على التوالي "و هذا ما قد يفسر تدهور المستوى المعيشي للأفراد والذي أثر بدوره على معدلات الخصوبة .

ث-المستوى المعيشي للأسرة :

لقد عرفت الأسرة الجزائرية تغيرات هامة على الصعيد الاجتماعي و الديمغرافي خاصة في العشرية الماضية ، حيث انعكست هذه التغيرات على المستوى المعيشي للأفراد و بالتالي على الأسرة حيث انتقل عدد الأسر في الجزائر من 2.074 مليون أسرة سنة 1966 م إلى 4.465 مليون أسرة خلال التعداد الذي أجري في سنة 1998 م أي بفارق قدره 2.391 مليون أسرة في مدة لا تتجاوز 32 سنة و ما يميز هذه الزيادة هو ارتفاع عدد الأفراد داخل الأسرة الواحدة إذ انتقل متوسط حجم الأسرة الواحدة من 5.85 شخص في سنة 1966 م إلى 6.56 شخص في سنة 1998 م .

الجدول رقم 10: تطور عدد و حجم الأسر من خلال التعدادات الأربعة .

السنة	1966	1977	1987	1998
عدد الأسر بالمليون	2.031	2.349	3.203	4.446
حجم الأسر	5.91	6.65	7.09	6.58

المصدر : وزارة الصحة و السكان ، العدد رقم 80 ، ص.13.

إن انخفاض المداخيل المرتبطة بالمحروقات لم يؤثر سلبا على الجانب الاقتصادي فقط بل أثر تأثير سلبي على الجانب الاجتماعي تمثل في انخفاض المستوى المعيشي للأسرة " فواقع الإحصائيات يبين لنا إن حوالي 14 مليون جزائري يحتاج إلى مساعدة اجتماعية حسب المقاييس الرسمية المعمول بها و ذلك بعد رفع عملية الدعم عن المواد الأساسية التي أثرتها الحكومة ابتدأ من شهر أفريل من سنة 1992 م تحت ضغط سياسة النقد الدولي " [2]

ث- العادات و التقليد :

تتميز الأسرة الجزائرية بتمسكها بمجموعة من القيم و العادات و التقاليد التي لها تأثير كبير على السلوك الإنجابي للمرأة و بالتالي فهي تؤثر على خصوبتها، ويعتبر عامل تفضيل الذكور على لإناث في المجتمعات العربية ، لا سيما منها المجتمع الجزائري من بين العوامل التي أثرت على ارتفاع معدلات الخصوبة ، حيث أن هذا التفضيل يجعل المرأة التي تنجب البنات لا تتناول وسائل منع الحمل سعي منها أو من زوجها الحصول على الذكر .

كما يلاحظ أن هذه الظاهرة منتشرة بصورة أوسع في المناطق الريفية بالرغم مما نسير نحوه من تقدم .

---

[2] - المستقبل العربي ، سنة 1994 ، العدد رقم 183 ، ص.29.

الجدول رقم : 11 تفضيل جنس المولود حسب التركيب النوعي للمواليد الأحياء في الأسرة.

جنس المولود / التركيب النوعي للأطفال	ذكر	أنثى	أيهما	المجموع	
				ك	%
لا يوجد أطفال على قيد الحياة	21.4	8.2	70.4	249	100
ذكور فقط	2.4	65.6	32.0	376	100
إناث فقط	70.8	2.3	26.3	364	100
الذكور = الإناث	20.00	11.1	64.8	251	100
الذكور أقل من الإناث	1203	45.4	42.3	225	100
الإناث أقل من الذكور	59.2	2.3	38.4	264	100
المجموع	32.6	23.9	43.4	1723	100

المصدر : وزارة الصحة و السكان ، سنة 1994 ، ص .268.

يلاحظ من خلال هذا الجدول أن نسبة الزوجات اللواتي أعلن أنهن قادرات و رغبات في الإنجاب هو 33 % يفضلن مولود ذكر و أن 24% يفضلن مولود أنثى .

كما أنه من بين الزوجات اللواتي أعلن أنهن قادرات و رغبات في الإنجاب و ليس لديهن أطفال أحياء نجد نسبة 21 % يفضلن مولود ذكر و 08.% و بالتالي فإن تفضيل الذكور على الإناث جد واضح من خلال هذا المسح .

المبحث الرابع : تقدير أثر المتغيرات الوسيطة على الخصوبة خلال سنة 1986 م

المطلب الأول : لمحة حول النموذج :

يحاول الباحث من خلال تطبيق نموذج بونقاردس Bongaarts معرفة أثر ما يعرف بالمتغيرات الوسيطة على الخصوبة هذا النموذج القائم على وصف الظاهرة أي الخصوبة من جانب التعرض إلى الحمل و ما تحمله هذه المدة من المخاطر، و لتطبيق هذا النموذج سوف نحاول الاعتماد على مرجعيين أساسيين للأستاذ الفاضل : علي قواوسي و هما على التوالي :

الأول :

LA Fécondité Comme Résultat De Durées D exposition Méthodologie Et Application Au soudan , a La Syrie Et à La Tunisie

الثاني :

Normes Familiales Islamiques Et Fécondité EN Jordanie , En INDONISIE Et Au Pakistan , Département De Démographie Université Catholique De Louvain.

تعتبر التحليلات الخاصة بالخصوبة احد أهم أجزاء البحث السببي Causa Causons في الدراسات الديمغرافية باختلاف مضمونها ، هذه الدراسات التي تأخذ بعين الاعتبار مجموعة مركبة من العوامل سواء كانت هذه العوامل مباشرة أو غير مباشرة و التي تحدد عادة اعتمادا على الإطار النظري الذي وضعه الباحثان DAVIS و BONGAARTS, BLAKE و اقترح تسميتها بالمتغيرات الوسيطة للخصوبة و قد تم التطرق إلى هذه العوامل خلال المبحث الثالث من هذا الفصل .

حدد كل من DAVIS و BLAKE في سنة 1956 م أحدى عشر متغير مرتبة في ثلاث فئات [1]

الفئة الأول : عوامل تتحكم في العلاقات الجنسية : و تنقسم إلى قسمين :

القسم الأول : عوامل تتحكم في وقوع أو عدم وقوع الإخصاب خلال فترة القدرة على الإنجاب و تشمل :

أ- سن الزواج .

ب- نسبة النسوة العازبات .

ت- المدة التي تقضيها المرأة و التي يدخل عمرها في مجال الإنجاب خارج الحياة الزوجية .

القسم الثاني : عوامل تؤثر على العلاقات الجنسية أثناء الزواج منها :

أ- تكرار العلاقات الزوجية .

ب- الامتناع الإرادي عن ممارسة العلاقات الزوجية .

ت- الامتناع ألا إرادي عن ممارسة العلاقات الزوجية.

الفئة الثانية : متغيرات خاصة بالحمل كالقدرة على الإنجاب .

الفئة الثالثة : متغيرات تؤثر على الحمل كالإجهاض و وفيات الرضع .

كما قام عدد من الباحثين ضمن هذا الإطار بمجموعة من الدراسات لوصف الخصوبة وصف شامل يتضمن الناحية الكمية و السببية معا ، حيث نجد آن الباحث بونقاردس ضمن هذه

---

[1] TAPINOS . G 1985 , Eléments De Démographie, Armand Colin Collection U paris, p.106. Eléments De

المجموعة حيث قام في سنة 1982 م بتحديد العوامل المؤثرة على الخصوبة في أربع متغيرات هي :

01-استعمال موانع الحمل .

02-الإجهاض ألعمدي .

03- نسبة الزواج .

04-مدة الإخصاب .

و عبر عنها بالمؤشر التركيبي للخصوبة .

تتغير قيمة تأثير أي متغير من المتغيرات الأربعة السابقة الذكر بين الصفر و لواحد ، حيث يأخذ أحد هذه المتغيرات الأربعة القيمة واحد عندما لا يكون لديه أي تأثير على الخصوبة و القيمة صفر عندما يصل تأثير هذا المتغير إلى الحد الأقصى على الخصوبة .

توضح تركيبة النموذج العلاقة بين مؤشر الخصوبة الكلية النظري TF (متوسط عدد المواليد الذين يمكن أن تنجيبهم المرأة الواحدة طوال مدة قدرتها على الإنجاب) و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة TFR و ذلك اعتمادا على تفاعل مؤشرات لمتغيرات الوسيطة السالفة الذكر :

$TFR= Cm . Cc . Ca . Ci . TF$ [1] حيث :

Cm تمثل مؤشر الزواج .

Cc تمثل مؤشر منع الحمل .

Ca تمثل مؤشر الإجهاض العمدي .

Ci تمثل مؤشر عدم لإخصاب .

من ملاحظة هذه المؤشرات يمكننا القول بأن هذا النموذج لا يمكننا في الواقع من تقدير مستوى الخصوبة بدقة نظرا لإهماله بعض العوامل نجدها ذات تأثير كبير على الخصوبة ، فهو يكتفي بقياس و تحليل أثر كل من الزواج و وسائل منع الحمل و الإجهاض العمدي و عدم الإخصاب على الخصوبة.

كما نجد انه من بين الأعمال التي تعتمد على نفس الإطار النظري السابق العمل الذي اقترحه الأستاذ الفاضل علي قواوسي غير أنه في الأساس يعتمد على المجالات الفاصلة بين الولادات هذه الأخيرة التي تربطها علاقة عكسية بالخصوبة إذ انه كلما كان المجال الفاصل

---

[1] BONGAARTS. J, 1982 " les effets inhibitoires de variables intermédiaire de la fécondité ", population council NEW YORK , P .64.

بين الولادات كبير خلال الفترة الإنجابية كلما قل عدد الأطفال و كلما كان هذا المجال قصير كلما زاد عدد الأطفال خلال الفترة الإنجابية .

كما تجدر بنا الإشارة إلى أن طول هذا المجال أكثر من 08 سنوات من شأنه أن يتسبب في وقوع عقم جزائي للمرأة STERILITE ACQUISE

فلسفة النموذج :

أولا : يعتمد هذا النموذج من الدراسة على توفير معطيات مفصلة عن الحياة الإنجابية للنسوة – على منول تلك التي تستمد على المسح العالمي للخصوبة EMF – لأنه يصف الظاهرة الديمغرافية والمتمثلة في الخصوبة بالاعتماد على مدة التعرض لخطر الحمل (Durée d (exposition au risque de conception .

فإذا اقتصرنا خلال دراستنا هذه على النسوة اللائي لازلن متزوجات و كانوا قد تزوجوا أول مرة عند العمر 15 سنة و تحصلن على المولود الأول عند العمر 16 سنة و على الثاني عند العمر 18 سنة و على المولود الثالث عند 20 سنة و كانت الولادة الرابعة و الأخيرة عند 22 سنة .

من خلال هذا المثال نجد أن فترة الأمومة لدى هذه الدفعة من النسوة هي 06 سنة ماضية بوتيرة طفل واحد في كل سنتين .

و عليه و بناء على هذه المعطيات التو ضحية نقدر النسل النهائي لهذه النسوة بالكمية :

$$04 = \frac{22-16}{2} + 1 = TFR$$

و عليه نجد أن عدد الأطفال هو أربعة أطفال خلال الحياة الزوجية أما في حالة البحث عن الخصوبة العامة فلا بد من الأخذ بعين الاعتبار احتمال الزواج و إبكاره ، و أخيرا أثر و أهمية الطلاق على الخصوبة و هذا من خلال اختصاره في مدة التعرض لخطر الحمل .

و يعتمد هذا النموذج على إحدى عشر متغير مصنفة في ثلاثة أصناف :

الصنف الأول : فترة الأمومة خلال سنة رجعية : و يقصد به الفترة الفاصلة بين أول ولادة و أخر مولود .

الصنف الثاني : نموذج الزوجية و يحدد النموذج من خلال شدة الزواج و ثباته ، و رزنامة الزوجية وأخيرا أثر انفصال العلاقات على الخصوبة .

الصنف الثالث : متغيرات المباعدة بين الولادات و التي تتمثل في الرضاعة ، موانع الحمل ، الإجهاض العمدي ، و العقم البدائي .

ثانيا : التقدير النظري لمتغيرات النموذج :

01-نموذج الزوجية :

بما أن الخصوبة في الجزائر كغيرها من الدول الإسلامية تتم في إطار الزواج يمكننا من خلال الخصوبة العامة تقدير الخصوبة الشرعية عندما يتم ترجيحها بنسب النسوة المتزوجات في مختلف الأعمار و بما أن عملنا خلال هذه الدراسة يرتكز على مدى الإنجاب لمعرفة تغيرات الخصوبة فإن ذلك يوجهنا إلى العمل على النسوة اللائي لازلن ضمن الرابطة الزوجية و لم يتعرضوا إلى فكها بأي شكل من الأشكال سواء كان هذا الشكل هو الطلاق أو وفاة الزوج أو السفر المطول لزوج و من اجل الحصول على الخصوبة العامة ، فلا بد من تقدير أثر كل من الانفصال في العلاقات الزوجية من جهة و احتمال إعادة الزواج من جهة ثانية .

و سوف نحاول فيما يلي تبين كيفية تقدير كل متغير من هذه المتغيرات على الخصوبة :

ا- شدة الزواج : هي احتمال زواج المرأة قبل العمر 50 سنة ، و يرمز لها بالرمز T و يستمد من العلاقة التالية :

$$T= 1-G50.$$

G50: تمثل نسبة النسوة العازبات عند العمر 50 سنة

ب- توزيع الزواج :

$$G= \frac{ADN-Am}{ADN-180}$$

يمثل تغير التعرض للحمل من خلال توزيع الزواج نموذج مبكر للزيجات بحيث :

ADN : يمثل متوسط أعمار الأمهات بالأشهر عند أخر ولادة .

Am : يمثل متوسط الأعمار عند الزواج بالأشهر خلال سنة .

180: في المتوسط و تمثل أدنى احتمال لسن الزواج و الذي تم تقديره ب 15 سنة .

فإذا كان سن الزواج يقدر ب 15 سنة فإن Am =180 و عليه تصبح العلاقة السابقة تعادل الواحد.

و عليه فإن الخصوبة في هذه الحالة لا تتأثر بتوزيع نموذج الزيجات .

ج- ثبات الزواج :

يتمثل في نسبة الزمن الفعلي المعاش في إطار الزواج منذ تاريخ الرابطة الأولى ، و يتم حسابه كما يلي :

$$TS= \frac{TM}{TM+ SR}$$

حيث : TS تمثل ثبات الزواج .

TM : تمثل الزمن الفعلي المعاش في إطار الزواج منذ الرابطة الأولى .

SR : تمثل الزمن الفعلي المعاش خارج الزواج منذ الرابطة الأولى .
و من البديهي أن تكون SR معدومة إذا كانت كل النسوة في إطار الزيجة الأولى .
د- تأثير انفصام العلاقات على الخصوبة :

$$Ru = (D2/D1)/TS2$$

تعود فكرة حساب Ru إلى MCDONALD في سنة 1981 م [1] و يقدر تأثير الظاهرة (انفصام الزيجات) على الخصوبة يكتسي هذا المؤشر أهمية كبرى في المجتمعات الإسلامية لأن كل انفصام للعلاقة تتبعه ضرورة فترة محددة تتمتع فيها المرأة من إعادة الزواج .
حيث : D1 يمثل متوسط أنسال النسوة اللائي تزوجن منذ 15 سنة على الأقل دون التعرض لطلاق أوالترمل أو غياب الزوج لمدة طويلة .
D2 : يمثل متوسط أنسال النسوة اللائي تزوجن منذ 15 سنة على الأقل و اللائي تعرضن لطلاق أوالترمل أو لغياب الزوج لمدة طويلة .
TS2
يمثل ثبات الزواج و يحسب كما هو مبين سابقا و لكن على النسوة اللائي تزوجن منذ 15 سنة على الأقل وتعرضنا إلى الطلاق أو الترمل أو غياب الزوج لمدة طويلة .
إذا كان Ru <01
فإن عدم ثبات الزواج عادة ما يكون سبب في رفع خصوبة المطلقات أو المترملات مقارنة مع غيرهن ، والعكس بالعكس يكون صحيح .
عموما يكون Ru دائما أقل من الواحد -01- لكن في بعض الحالات (عندما يكون الطلاق أو الانفصام المؤقت حلا للمشاكل التي يعيشها الزوجان) فإن احتمال التعرض للحما تقل (لقلة العلاقات الجنسية) وبالمقابل ، عندما ترتبط النسوة برجال جدد فإن بعضهن يعمل على الولادة بصفة مبكرة و هو ما يرفع من ظاهرة الخصوبة .
02-فترة الأمومة : بما أننا سوف نقدر الخصوبة الأنية من خلال المؤشر التركيبي للخصوبة (ISE) ، وربطها بمختلف متغيرات النموذج فإن إطار الملاحظة يتمثل في ولادات سنة 1986 م المحدد بأعمار وضع النسوة الجد مبكرة و الجد متأخرة ، و عليه يتم حساب فترة الأمومة و التي نرمز لها بالرمز I على النحو التالي :

$$I= ADN- APN$$

---

[1] Macdonald A.L., Ruzicka L.T, Caldwell J .C, " Interelations Between nuptiality and Fertility: the Evidence From the World Fertility Survey " World Fertility Survey . Record of Proceeding . I.S.I vorburg .vol 2.1981.P.P.77.137.

يمثل ADN: متوسط أعمار الأمهات عند الوضع (الأعمار جد مبكرة)

يمثل APN: متوسط أعمار الأمهات عند الوضع (الأعمار جد متأخرة) .

كما تجدر بنا الإشارة إلى تبين أن ADN يحسب خلال الفترة (T .T-12) على نسوة أكبر فئة الأعمار (40-45 سنة) أو (35-39 سنة).

03-متغيرات التباعد :

أ- المجال المتوسط :

يتم العمل في هذه المرحلة على النسوة اللائي لازلن في الرابطة الأولى ، و لديهن ولادة أو أكثر عند تاريخ الملاحظة (T) ، و هذا لإمكانية تقدير أثر متغيرات المباعدة (الرضاعة الطبيعية ، موانع الحمل ، العقم ، قلة الإخصاب) يتم تصنيف هذه الفئة من النسوة خلال الفترة(T .T-12) على النحو التالي :

الصنف الأول : نسوة غيرن نسلهن خلال الفترة(T .T-12) بمدة تقدر ب IF شهرا بعد الولادة السابقة وهو ما يعرف بالمجال المغلق .

الصنف لثاني : نسوة لم يغيرن نسلهن خلال الفترة(T .T-12) و أخر وضع تم خلال IO شهرا قبل تاريخ الملاحظة وهو تعريف المجال

و يمكننا توضيح كيفية تحديد المجالين السابقين بصورة أفضل من خلال المخطط التالي :

الشكل رقم: 11 المجالين المفتوح و المغلق اللذان يتم حسابهما بناء على نسبة الزيجة الأولى و اللائي تحصلن على ولادة أو أكثر و مازالوا ضمن الحياة الزوجية :

B n-1 B T-12 T IF	B n-1 T-12 T IO
مجال مغلق [سجلت ولادة خلال فترة الملاحظة [(T .T-12)	مجال مفتوح[لم تسجل ولادة خلال فترة الملاحظة [(T .T-12)

يتم حساب IM بموافقة داخل " جدول الحياة "[1] بين المجال المفتوح و أخر مغلق ، يتمثل الحدث المرجعي داخل هذا الجدول في أحداث ولادة سجلت قبل تاريخ T-12 ، و يتم الخروج من هذا الجدول إما بالحصول على ولادة داخل المجال (T) و(T-12) ، و إما بالتزامن عم الملاحظة دون الحصول على ولادة أي دون تغير النسل المتوصل إليه ، وهكذا نحدد المباعدة بين الولادات كمجال متوسط يوافق بين المجالين المفتوح والمغلق على النحو التالي :

IM = (IF*&) + (IO*" 1-&)

حيث : IF : يمثل متوسط المجال المغلق .

IO : يمثل متوسط المجال المفتوح .

& : تمثل نسبة نسوة الزيجة الأولى اللائي تحصلن على ولادة و أكثر و مازلن في لإطار الزواج الأول واللائي غيرنا نسلهن في الفترة (T-12. T).

1-& تمثل نسبة نسوة الزيجة الأولى اللائي تحصلن على ولادة و أكثر و مازلن في لإطار الزواج الأول واللائي لم يغيرنا نسلهن في الفترة (T-12. T).

نصل في الأخير إلى تركيبة النموذج :

ISF= ((I/IM)+ 1)*T*G*(1- (1-TS/Ru))

حيث: ISF: يمثل المؤشر التركيبي للخصوبة .

ب- التأثير النظري لكل متغير من متغيرات المباعدة :

نهدف من خلال هذا العنصر إلى تحديد أثر (effet) و تأثير (impact) كل متغير على الخصوبة حيث تصنف هذه العوامل ضمن العوامل المخفضة للخصوبة ، إذ تأثر هذه العوامل على الفترة الممتدة بين كل ولادتين متتاليتين و هي المدة الواقية من الوقوع في الحمل و التي تعرف بالأثر .

يتحدد المجال بين ولادتين متتاليتين من خلال تدخل خمسة متغيرات أساسية :

- الرضاعة الطبيعية .(I).
- وسائل منع الحمل .(C).
- العقم الثانوي أو المكتسب .(S).
- قلة الإخصاب .(H).

---

[1]- KOUAOUCI. A " intervalle moyen et moyenne des intervalles : que peut apporter la table d éventualité ?" document de recherche N° 55 , département de démographie de Louvain , université catholique de Louvain , 1981 . P.12

- المدة البيولوجية التي لا تقبل التقليص بين ولادتين .(NI*NH*NC)

حيث قام POTTER في سنة1963 م [1] بوصفها و تقديرها من خلال :

- مدة الطمث و قدرت بحوالي 1.5 شهر .
- فترة قبل الإخصاب و قدرت بحوالي 05 أشهر .
- ثقل الوفيات الرحمية و قدرت بحوالي 02 شهر .
- مدة الحمل و حددت بحوالي 09 شهر

و عليه يمكن التعبير عن المدة الفاصلة بين ولادتين متتاليتين بالعلاقة المبينة أدناه

$$IM = IMi*IMh*IMc* IMs*IM (ni*nh*nc).$$

يقاس تأثير و أثر المتغيرات الخمسة من خلال المرحلتين التاليتين :

المرحلة الأولى : تصنف نسبة الزيجة الأولى و النسوة ذات النسل (ولادة حية و أكثر) ضمن المجال المغلق IF أو ضمن المجال المفتوح IO بين الفترة (T)و (T-12) .

و هكذا تحدد وضعية المرأة و نوعية المجال و وضعيتها الإنجابية (حامل أو غير حامل) عند تاريخ المسح ، و نعتمد في تقدير تأثيرات كل متغير على طول المدة البيولوجية (ni*nh*nc) المقدرة من طرف Potter و التي لا يمكن إرجاعها لا للرضاعة و لا لوسائل منع الحمل و لا لقاة الإخصاب (المتضمن الإجهاض العمدي) و هي لا تتجاوز 20 شهر كما هو موضح في المخطط التالي :

المرحلة الثانية : تصنيف نسوة الزيجة الأولى في مجموعات :

بعد تميز النسوة حسب نوعية المجال المفتوح (IO) أو المغلق (IF) نقوم بتشكيل مجموعات حسب المتغيرات الوسيطة كما يلي :

المرضعات و / أو المستعملات لوسائل منع الحمل :

-(c*i): تستعملن وسائل منع الحمل و ترصعن .

-(nc*i): المرضعات و غير المستعملات لوسائل منع الحمل .

-(c*ni) : غير مرضعات و مستعملات لوسائل منع الحمل .

-(nc*ni): غير مرضعات و لا تستعملن وسائل منع الحل .

ومن خلال الجدول رقم 13 (أنظر الملاحق) نوضح كيف يتم تقدير اثر (effet) كل متغير

---

[1]- POTTER.R.G, "births intervals:structure and change " Population studies : OP .cit.P.P.155.166.

لتحديد أثر العقم نقوم بتشكيل مجموعة النسوة اللائي:

01-مجالهن المفتوح أكبر من 60 شهرا.

02-ترغبن في تغيير نسلهن .

03- غير مستعملات لوسائل منع الحمل .

04- غير حاملات في فترة المسح .و يقدر أثر العقم بالمعادلة التالية :

$$IMPS = ((S\mu Ns)/(im*Nim))$$

S : تمثل المدة المتوسطة الناتجة عن العقم .

Ns : يمثل عدد المجلات الناتجة عن العقم

IM : يمثل المجال المتوسط بين الولادات

Nim : يمثل عدد المجلات الخاصة بكل نسوة الزيجة الأولى و كذا النسوة ذوات النسل ولادة حية أوأكثر .

و بنفس الطريقة المطبقة سابقا نقوم بتقدير أثر بقية المتغيرات الوسيطة ،

المطلب الثاني : تطبيق النموذج :

نتعرض فيما يلي إلى النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق النموذج ، على معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة في سنة 1986 م .

أولا : نموذج الزوجية : تختلف معدلات الخصوبة باختلاف نموذج الزوجية حيث تتأثر هذه الظاهرة الديمغرافية (الخصوبة) بعدة عوامل من بينها :

- نسبة العزوبة .
- متوسط سن الزواج .
- استقرار الزواج .

حيث يعبر عن نموذج الزوجية من خلال أربع مؤشرات هي :

المؤشر الأول : قياس شدة الزوجية : T

تقاس شدة الزوجية اعتمادا على نسبة العزوبة حيث تمثل هذه الأخيرة نسبة العازبات عند العمر 50 سنة و التي قدرت سنة 1986 م عند المستوى 0.5 % و بذلك فإن شدة الزوجية أي نسبة المتزوجات خلال نفس السنة بلغت 99.5% و هي نسبة جد عالية .

و عليه :

$$T1986 = 1-C50$$

$$T1986 = 99.5$$

المؤشر الثاني : تقدير مؤشر توزيع الزواج : G

$$G = \frac{ADN-Am}{ADN-180}$$

يحدد النموذج أدنى حد لسن الزواج بخمسة عشرة سنة أي 180 شهر و تتبع أهميته في كون الخصوبة لا تتم إلا في إطاره(البلدان العربية الإسلامية) يعرف سن الزواج ارتفاع مستمر منذ سنة 1970 م

و تطبيقا للمعادلة التي تقدر توزيع الزواج نحصل على :

$$G = \frac{ADN-Am}{ADN-180}$$

$$G = \frac{552-286}{552 - 180} = 0.715$$

من خلال هذا المؤشر يمكن القول بأن الخصوبة تتأثر بتوزيع الزيجات لأن $G<1$

المؤشر الثالث : تقدير مؤشر ثبات الزوجية : (TS)

يلعب استقرار الزواج دورا هاما في الخصوبة ، فكلما طالت فترة الزواج مع غياب العوارض المشوشة كلما كبرت احتمالات الحمل و بالتالي ترتفع معدلات الخصوبة و يعتبر هذا المؤشر من أصعب المؤشرات الزوجية تقديرا .

و من اجل تقدير مؤشر ثبات الزوجية يجب أولا تقدير الزمن الفعلي المعاش في إطار الزواج (TS) والزمن الفعلي المعاش خارج الزواج (TM) و ذلك منذ الرابطة الأولى حسب وضعية النسوة المدنية (متزوجات و آلائي زيجاتهن لم تعد قائمة (Ru)) في كل رتبة زواج (r)

ويتبن من خلال هذا المخطط : مختلف هذه الوضعيات خلال المسح .

مخطط رقم : الزمن الفعلي المعاش في أطار الزواج (TS) و الزمن الفعلي المعاش في خارج الزواج (TM) في كل رتبة زواج خلال سنة الملاحظة .

من خلال هذا المخطط يمكننا القول أنه كلما انتقلنا من رتبة زواج إلى رتبة أخرى ، ارتفعت قيم الزمن الفعلي المعاش في أطار الزواج و كذا الزمن الفعلي المعاش خارج الزواج الواجب تقديرهما .

جدول رقم : 12 مؤشر ثبات الزواج (TS) حسب معطيات (ENAF1986)

رتبة الزواج	TM (1)	SR (2)	TS (3) = (1)/(1)+!(2)	عدد النسوة (4)	نسبة النسوة % (5)
01	147.04 (4359)	80.05 (254)	0.969	4359	90.74
02	200.49 (410)	55.00 (410)	0.785	410	8.53
03	220.88 (33)	71.11 (33)	0.756	33	0.69
04	157.50 (2)	118.00 (2)	0.572	2	0.04
المجموع	-	-	0.952	4804	100

المصدر : حسابات خاصة على معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة 1986 م .

التكرارات موضوعة بين قوسين .

من خلال ملاحظة هذا الجدول يمكننا التوصل إلى أن نسبة الزمن الفعلي المعاش في أطار الزواج تنخفض كلما ارتفعت رتبة الزواج ، كما نلاحظ أن نسبة النسوة آلائي عرفن الزواج أكثر من مرة واحدة تساوي 9.26 % و عموما أن نسبة الزمن الفعلي المعاش خارج الزواج قصيرة أذا ما قورنت بنسبة الزمن الفعلي المعاش في إطاره

وهكذا يكون مؤشر انفصال الزواج : Ru

RU = (D2/D1)/TS2

Ru = 1.060

و حسب النموذج فإن كبر هذا المؤشر عن الواحد (عدم ثبات الزواج) يترجم انخفاض خصوبة المطلقات أو المترملات عن خصوبة المتزوجات و بصفة عامة فهو يؤثر على الخصوبة تأثير إيجابيا [1] - يرفع الخصوبة -

---

[1] - Kouaouci, A, (1993)" La Fécondité comme Résultat de Durées D'exposition Méthodlogie et Application Au Soudan , à La Syrie et à La Tunisie " GENES – Vol IL –N°3-4- P 73.

المؤشر الرابع : قياس مدة الأمومة : Ru

تقترن مدة الأمومة (حسب النموذج) بتاريخ أول و أخر ولادتيين قدرت هذه المدة في الجزائر ب 24.33 سنة خلال سنة 1986 م إلا أنها تختلف حسب المنطقة السكانية حيث بلغت في الريف الجزائري 295 شهرا و انخفضت في الحضر إلى 288 شهرا في سنة 1986 م و هو ما يفسر انخفاض الخصوبة في الحضر عنها في الريف .

و على العموم يمكننا القول انه كلما طالت فترة الأمومة كلما ارتف

خاتمـــــــــــة الفصـــــــــــل

وما يمكن التوصل إليه من خلال هذا الفصل هو:

1- عرفت معدلات الخصوبة خلال الفترة الممتدة ما بين سنتي 1986 و 1992م تراجعا حيث قدر المؤشر التركيبي لها في سنة 1986م حوالي 5,36 طفل لكل امرأة غير أن هذا المعدل عرف تراجع في سنة 1992م قدر بحوالي 3,37 طفل لكل امرأة ويمكن إرجاع هذا التراجع إلى مجموعة من الأسباب نذكر أهمها في ارتفاع المستوى التعليمي للنسوة والذي ارتبط ارتباط وثيق بارتفاع الوعي باستعمال موانع الحمل وهذا إذا ما دل على شيء فيدل على اهتمام المرأة بالجانب الصحي لها وللمولود من خلال وعيها بما تقوم به الدولة من اجل ذلك، وهذا ما سوف يتم توضيحه بالتفصيل خلال الفصل الرابع من هذه الدراسة.

2- قدرت معطيات سنة 1986م التي مكنتنا من تطبيق النموذج حيث قدر المؤشر التركيبي من تطبيق نموذج بونقاردس على المدد بحوالي 5,6 طفل لكل امرأة اختلف هذا المؤشر من المؤشر الملاحظ بحوالي 04 % وإذ ما دل هذا على شيء فهو يدل من خلال التحليلات على أن نموذج الزوجية في الجزائر يتميز بثبات الزيجات

3- تؤثر اغلب الانفصالات المسجلة سواء كان هذا انفصال مؤقت أو دائم على الخصوبة بصورة ايجابية

أما فترة الأمومة فقد كانت ممتدة إلى حد كبير وكانت العلاقة بينها وبين الخصوبة علاقة طردية .

الفصل الرابع

تطور الخصوبة في ظل الانتقال الصحي

مقدمـــة الفصل :

خلال الانتقالية الصحية في الجزائر وجدنا أن انخفاض المواليد لا يلي مباشرة انخفاض الوفيات و لكن يكون هناك تفاوت زمني بينهما، حيث أن تحسن الظروف الصحية في بداية الأمر يؤدي بضرورة الحال إلى انخفاض الوفيات في الوقت الذي تبقى فيه الولادات مرتفعة ويمكننا إرجاع استمرار الولادات في الارتفاع إلى عدم استعمال وسائل منع الحمل خلال هذه الفترة مسجلة بذلك ما عرف بالانفجار السكاني، هذه الوضعية مردها إلى العدد الهائل من المواليد حتى و أن كان عدد الأطفال لكل امرأة غير مهم، هذا العدد القادم من مجموع الأجيال التي فترة انخفاض الوفيات في المراحل الأولى من عمرها، يؤدي إلى ارتفاع في عدد الأشخاص في سن الخصوبة وفي حالة ما إذا تزوج هؤلاء الأشخاص خاصة في سن مبكر وبالتحديد بالنسبة للنساء فإن مرحلة الخصوبة ستطول وبذلك يرتفع عدد المواليد .

في حين ينتهي هذا الطور عندما تبدأ المواليد في الانخفاض تحت تغيرات البنية العمرية للسكان و مدة فترة الخصوبة عند النساء و التي لها علاقة خاصة عمر الزوج أو الزوجة عند الزواج و الرضاعة والإجهاض وكذا استعمال وسائل منع الحمل ، هذه العوامل الوسطية التي أثرت تأثير كبير على الخصوبة في الجزائر وهذا ما تم التطرق إليه بالتفصيل خلال الفصل الثالث من هذه الدراسة و ذلك من خلال تطبيق نموذج بونقاردس، وعليه سوف نحاول من خلال هذا الفصل تتبع تطورات الخصوبة في ظل التأثيرات الصحية المختلفة والتي أثرت بشكل كبير على الطفل و بشكل أكبر على الأم، وذلك من خلال محاولة الربط بين مراحل الانتقال الصحي من جهة و مراحل انتقال الخصوبة من جهة ثانية عبر مختلف التطورات :

المبحث الأول : عدم استقرار الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية :

المطلب الأول : نبذة أولية لعدم استقرار الخصوبة :

إن تذبذب الخصوبة في الجزائر كان سائد في الفترة الممتدة من سنة 1900 م إلى غاية سنة 1949 م ، حيث قدر فارق الانخفاض في الفترة الممتدة ما بين 1900 م و 1921 م بحوالي 5.6 نقاط في حين قدر فارق الارتفاع الذي تلي هذه الفترة و الذي كان في الفترة الممتدة ما بين 1921 م و 1949 م بحوالي 8.5 نقاط و يمكن إرجاع ارتفاع الخصوبة و انخفاضها خلال هذه الفترة إلى مجموعة من العوامل و الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية التي كانت سائدة في الجزائر خلال هذه الفترة و على رأس هذه الظروف نجد المجاعات و الحروب و الأوبئة و كذا عدم تدخل الدولة في خصوبة السكان .

المطلب الثاني : أهم ظروف عدم الاستقرار في الخصوبة

لعل من أهم الظروف التي ساهمت مساهمة فعالة في تذبذب الخصوبة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 1900 م إلى غاية سنة 1949 م هي :

01/ المجاعات : لم تسلم الجزائر كغيرها من دول العالم العربي من حدوث مجاعات بها كنتيجة لمجموعة من الكوارث الطبيعية مثل الفيضانات أو نقص الأمطار لسنوات متتالية حيث كان ينتهي بها الأمر في غالب الأحيان إلى حدوث جفاف و بالتالي نقص في التغذية و هذا الأخير يؤدي بدوره إلى نقص في الخصوبة و مع زوال هذه الكوارث الطبيعية تعاود الخصوبة مسارها نحو الارتفاع مرة ثانية و هكذا كان تأثير المجاعات على تذبذب الخصوبة خلال هذه الفترة .

02/ الحروب : كما سبق الذكر خلال الفصل الثاني من هذه المذكرة فإن الجزائر خلال هذه الفترة كانت تحت سيطرة الاستعمار الفرنسي و كانت تقوم بثورات شعبية ضده من أجل تحرير البلاد و هذا كان له دور كبير ومساهمة فعالة في تراجع الخصوبة من جهة و من جهة أخرى فإن السلطات الفرنسية كانت تجبر شباب الجزائر على المشاركة في حروب عالمية كالحرب العالمية الأولى و الحرب العالمية الثانية وبعض الحروب الأهلية وبهذا الإجراء تكون قد قضت على نسبة كبيرة من الفئة التي تؤثر تأثير كبير على الخصوبة و المتمثلة في فئة الشباب .

03/ الأمراض و الأوبئة : كانت الأمراض الوبائية و التي يمكن التحكم فيها اليوم من الأسباب التي أثرت على تناقص الخصوبة في الجزائر من قبل و خاصة في المناطق التي تميزت بارتفاع في الكثافة السكانية و ما يؤديه ذلك من سهولة انتقال الأمراض المعدية و من ابرز الأمراض التي عرفتها الجزائر خلال هذه الفترة نجد الشلل والتيفوئيد و الحصبة و الحمى المالطية ...الخ .

المطلب الثالث : دور السياسة في عدم استقرار الخصوبة

في حقيقة الأمر أن الحديث عن دور السياسة في تذبذب الخصوبة في الجزائر خلال هذه الفترة يعتبر أمر صعب للغاية ، لأن الجزائر خلال هذه الفترة مازلت تحت السيطرة الاستعمارية و عليه فإن دور السياسة في تذبذب الخصوبة خلال هذه الفترة يعتبر مبهم .

المبحث الثاني : ارتفاع الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية

المطلب الأول : نبذة أولية لارتفاع الخصوبة في الجزائر

امتدت فترة ارتفاع الخصوبة في الجزائر من سنة 1949 م إلى غاية سنة 1970 م ، حيث وصل معدل الارتفاع إلى 40 بالألف ثم إلى 49 بالألف و كان ذلك في سنة 1955 م ، هذا الأخير بلغ أقصاه في سنة 1963 م .إلى حوالي 52.1 بالألف و عليه يمكن تقدير فارق الارتفاع خلال هذه المرحلة ب 10 نقاط و يمكن إرجاع سبب هذا الارتفاع إلى مجموعة من الأسباب نذكر منها تحسن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية و كذا تعويض خسائر الحرب .

المطلب الثاني : ظروف ارتفاع الخصوبة

لعل من أهم و أبرز الظروف التي أدت إلى ارتفاع الخصوبة خلال هذه الفترة هو استقلال الجزائر و ما خلفه من إرادة قوية لدى الشعب الجزائري في بناء مستقبل أفضل للجزائر و الجزائريين فوجد أن أفضل وسيلة للمحافظة على هذا الاستقلال هو تعويض خسائر هذه الفترة و التي نجد على رأسها الخسائر البشرية .

كما تمكنت الجزائر من القضاء و لو بصورة نسبية على الأمراض الوبائية هذه الأخيرة التي ساهمت في القضاء على وفيات الأطفال فكان لذلك دور كبير في ارتفاع الخصوبة .

المطلب الثالث : دور السياسة في ارتفاع الخصوبة في الجزائر

بعد أن استقلت الجزائر عرف المؤشر الإنجابي بها 08 أطفال لكل امرأة هذه الأخيرة التي كانت لها مشاركة فعالة و كبيرة قبل و بعد الاستقلال فحاولت إكمال مسرتها في الدفاع عن حقوقها فقامت بتشكيل الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات و ذلك من اجل الدفاع عن حقوقها و ترقية مكانتها و كان أول ما اهتم به الاتحاد هو مسالة تنظيم الأسرة و ذلك من خلال التشجيع على استعمال وسائل منع الحمل من اجل الحفاظ على صحة الأم والطفل و قد تم طرح المشروع على رئيس الحكومة آنذاك هواري بومدين حيث كان موقفه هو القبول و الرفض في نفس الوقت حيث كان يرى فعلا أن سياسة تنظيم الآسرة وسيلة تتمكن من خلالها المرأة من تنظيم ولاداتها وتباعد المدة بين الولادات المتتالية من اجل الحفاظ على صحة الأم و الطفل ، غير أن هذا القبول كان يتخللاه نوع من التردد كون هذه الوسيلة ليست وسيلة لحل مختلف المشاكل الاقتصادية و الاجتماعية التي كانت تتخبط فيها الجزائر من جراء الزيادة السكانية الكبيرة و المتواصلة .

كما أن التفكير الجزائري في هذه الفترة كان رافض لاستعمال وسائل منع الحمل و ذلك بحجة أن زيادة الأولاد هو رمز لثروة و السلطة كما أن العائلة الكبيرة هي صاحبة النفوذ فكان من الصعب تبديد هذا الفكر واستبداله بما هو نقيض و هو الشئ الذي دفع بمجموعة من المؤيدين لهذا المشروع إلى بذل جهود كبيرة من اجل النهوض ببرنامج تنظيم الأسرة و تحسين صورته و إدراجه ضمن سياسة سكانية ، و لعل ما حدث خلال سنة 1968 لأكبر دليل على ذلك حيث تم تشكيل لجنة وزارية تحت اشراف كاتب الدولة آنذاك من اجل دراسة مختلف القضايا التي تمس سكان الجزائر و كان الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو إنشاء شبكة وطنية لمراكز تنظيم الأسرة عبر كامل التراب الوطني باعتبار أن هذه المراكز هي العامل الأساسي لنجاح البرنامج و وسيلة مباشرة لتوعية السكان بضرورة الإيمان بهذا البرنامج .

و من اجل زيادة التوعية قامت الإدارة العامة للتخطيط و الدراسات الاقتصادية و الاجتماعية بإعداد تقرير تحت عنوان " انعكاس الانفجار الديمغرافي على مسألتي السكن و البناء " كان

الهدف الأساسي منه هو زيادة الوعي بأن تطبيق سياسة تنظيم الأسرة من شأنه أن يساهم مساهمة فعالة في توفير المساكن لكل السكان .

المبحث الثالث : انخفاض الخصوبة في ظل التطورات الصحية

المطلب الأول : نبذة أولية لانخفاض الخصوبة

امتدت فترة انخفاض الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية من سنة 1970 م إلى غاية سنة 1996حيث عرف عدد سكان الجزائر تراجع كبير نتيجة للجهود المبذول من اجل ذلك و كذلك من اجل القضاء على الانفجار السكاني الذي عرفته البلاد في الفترة السابقة .

المطلب الثاني : ظروف انخفاض الخصوبة في الجزائر

لقد عرفت الخصوبة طريقها نحو الانخفاض خلال هذه الفترة حيث انتقل المؤشر الإنجابي من 7.8 طفل لكل امرأة سنة 1970 م إلى 7.1 طفل لكل امرأة سنة 1980 م مستمر في الانخفاض و يمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من العوامل و الأسباب منها :

- زيادة وعي المرأة بعدم إنجاب الأطفال إلا بعد الوصول إلى مستوى معيشي لا بس به .
- مواصلة المرأة لدراستها سواء كان ذلك قبل أو بعد الزواج .
- خروج المرأة إلى ميدان العمل .

كما يمكن ربط تراجع الخصوبة خلال هذه الفترة بعاملين أساسين :

الأول : ديمغرافي و يتمثل في ظاهرة من الظواهر الديمغرافية الأ و هي الزواج.

الثني : صحي و يتمثل في استعمال وسائل منع الحمل .

و من اجل توضيح ذلك بصورة أفضل ندرج الجدول التالي ضمن الدراسة :

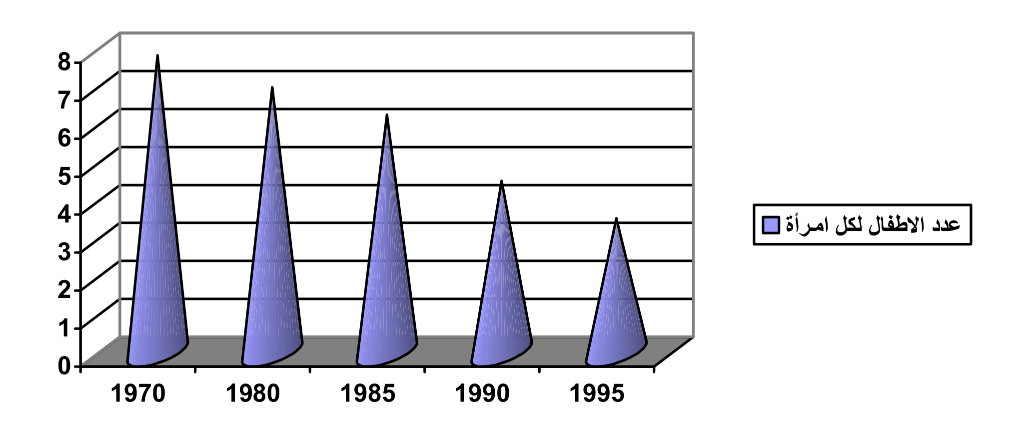
جدول رقم 13: تطور معدلات الخصوبة و المؤشر التركيبي لها في الجزائر خلال الفترة الممتدة

من 1970 م -1995 م .

	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45	عدد الأطفال لكل امرأة
1970	114	338	388	355	281	152	42	7.8
1980	69	288	331	286	265	126	25	6.96
1985	43	240	298	308	236	101	22	6.24
1990	23	148	222	223	186	86	17	4.50
1995	21	122	167	172	140	65	15	3.51

المصدر : enquête algérienne sur la santé de la famille , 2002, nuptialité et fécondité en Algérie,

الشكل رقم : 12 يمثل تطور معدلات الخصوبة و المؤشر التركيبي لها في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1970 م -1995 م .



التعليق على المنحنى :

من خلال ملاحظة هذا الرسم يمكن القول بأن عدد الأطفال لكل امرأة عرف تناقص في الفترة الممتدة من سنة 1970 م إلى سنة 1980 م أما في القترة الممتدة من سنة 1985 م إلى سنة 1995 م فقد زاد تناقص عدد الأطفال لكل امرأة بشكل لكبر و يمكن إرجاع ذلك إلى الأسباب السابقة الذكر (تأخر سن الزواج واستعمال وسائل منع الحمل).

*تطور الزواج : يعتبر تطور الزواج من أهم العوامل التي ساهمت مساهمة فعالة في نقص الخصوبة في الجزائر خلال هذه الفترة و يمكن توضيح ذلك من خلال انكماش المرأة عن الولادة يرجع بالدرجة الأولى إلى تأخر سن الزواج حيث انتقل من 18 سنة إلى 30 سنة خلال السنوات الأخيرة من هذه المرحلة و لا يزال هذا الارتفاع في سن الزواج يعرف طريقه نحو الأمام .

<u>المطلب الثالث : دور السياسة في انخفاض الخصوبة :</u>

لقد ساهمت السياسة السكانية في انخفاض إذ تم خلال هذه المرحلة الاعتراف بضرورة استعمال وسائل منع الحمل كما تم الاهتمام ب :

- تطوير الأبحاث حول العوامل المؤثرة في الخصوبة .
- تطوير أنشطة الإعلام و التحسس و التوعية في مجال تنظيم الأسرة .
- تطوير أنشطة المباعدة بين الولادات .

كما تم خلال الفترة الممتدة من 1983 م إلى غاية سنة 1989 م توفير وسائل منع الحمل في كل العيادات المتعددة الاختصاصات ة عيادات التوليد و المراكز الصحية و حتى قاعات العلاج حيث انه تم خلال سنة 1980 م بلغ عدد مراكز تباعد الولادات إلى 260 مركز موزعين عبر كامل التراب الوطني ما عدا تمنراست لعدم وجود قابلة في الولاية كما تم خلال هذه الفترة تكوين ما يقارب 398 بما فيهم أطباء وقابلات ومختصون في شبه الطبي لتحسين خدمات تنظيم الأسرة ، إذ بلغ عدد النساء المترددات عل المراكز خلال هذه الفترة و بالضبط في سنة 1978 م 90787 امرأة و هو ما يعادل 3.6 % من مجموع النساء المعنيات بتنظيم الأسرة (نساء متزوجات في سن الإنجاب) ، و قد تضاعف عدد المراكز إلى 440 مركز خلال سنة 1983 م وأدمجت خدمات تنظيم الأسرة في كل من مراكز الاستشفاء و العيادات المتعددة الخدمات و قاعات الاستشفاء ولكن و مع الأسف فإنه رغم تزايد عدد المراكز إلا أن نوعية الخدمات فيها لم تكن جيدة إلا في ثلثها، كل هذا التطور أدى إلى زيادة عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل مما أدى إلى تدخل القطاع الخاص في تزويد السكان بوسائل منع الحمل بثمن في متناول الجميع وبيع وسائل منع الحمل).

كما تم خلال هذه الفترة تقديم وسائل منع الحمل مجاني لكل امرأة تمتلك الدفتر الصحي من اجل تحسين المستوي الصحي خاصة فيما يخص وسائل منع الحمل و يتجلى ذلك في :"[12]

- تحسين مستوى تقديم خدمات تنظيم النسل في المناطق النائية و المتدهورة و ذلك من خلال انتقال فريق من العمال لديهم بدل حضورهم إلى المراكز .
- تقوية الجسر الرابط بين المراكز العمومية و القطاع الخاص (من بينهم الأطباء المختصين في طب النساء و التوليد و أطباء عموميين و قابلات) .
- تشجيع العلاقة بين الأمومة و تنظيم النسل و ذلك من خلال توفير وسائل منع الحمل في عيادات التوليد وتقديمها للنساء بعد عملية الولادة .
- تحسين مستوى الاستقبال في المراكز .
- تحسين مستوى الخدمات و خاصة في إعطاء النصائح اللازمة للمعنيين بالأمر .
- تحسين مستوى الموظفين بالتكوين الخاص و الأبحاث .
- محاولة توفير وسائل منع الحمل بقدر الإمكان في القطاع الخاص و جعلها ذات ثمن معقول في القطاع العام

[12]- لعشيش نوال ، سياسة المباعدة في الولادات في الجزائر" دراسة حالة : بلدية وهران 2003 " ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا ، 2006 ض .21.

المبحث الرابع : استقرار الخصوبة في الجزائر في ظل التطورات الصحية

المطلب الأول : نبذة أولية لاستقرار الخصوبة

امتدت هذه الفترة من 1996 م إلى غاية يومنا هذا و قد عرف معدل الخصوبة الخام خلال هذه الفترة الثبات النسبي و يمكن إرجاع ذلك إلى مجموعة من الأسباب و على رأسها زيادة وعي المرأة بالأوضاع السائدة ... الخ.

االمطلب الثاني : ظروف استقرار الخصوبة

يمكن ارجعا شبه الاستقرار في الخصوبة في الجزائر خلال هذه الفترة الممتدة من 1996 م إلى غاية يومنا هذا إلى مجموعة من الأسباب كتأخر سن الزواج و خروج المرأة إلى ميدان العمل و استعمال وسائل منع الحمل غير أن العاملين الرئيسيين في هذه الفترة هو العزوبة و تطور سن الزواج :

01/ العزوبة :

تم إثبات خلال التحقيق حول صحة الأم في سنة 2002 م أن اغلب النساء الأكثر من 15 سنة غير متزوجات ، كما أن عدد النساء المطلقات و الأرامل يفوق عدد الرجال الذين يمتازون بنفس الوضعية ومن اجل تفسير ذلك بصورة أوضح نستع

جدول رقم : 14: تطور عدد سكان الجزائر في سنة 1992 م حسب حالتهم العائلية

الفئة العمرية	مـــــــذكر				مـــــــؤنث			
	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	عزباء	متزوجة	مطلقة	أرملة
19-15	99.8	0.2	0	0	98.1	1.8	0	0
24-20	98.4	1.6	0	0	83.4	16.1	0.4	0.1
29-25	85.3	14.4	0.2	0	57.5	40.8	1.3	0.3
34-30	53.6	45.7	0.5	0.1	33.7	62.7	2.5	1
39-35	18.9	80	01	0.1	16.6	77	4	2.4
44-40	7.3	91.7	01	0	9.1	83	4	3.8
49-45	2.3	96.8	0.6	0.2	3.8	84.9	4.2	7.1
54-50	1.3	97.6	0.5	0.6	2.6	81.4	3.8	12.2
59-55	0.9	97.2	0.7	1.2	1.5	80.4	3.1	15
64-60	0.3	97.3	0.4	2.1	0.6	66.1	3.1	30.2
69-65	0.2	96.4	0.1	3.3	0.9	57.4	1.9	39.6
+70	0.5	89.1	0.7	9.7	0.2	34.4	1.8	63.1

المصدر : enquête algérienne sur la santé de la famille , 2002, nuptialité et fécondité en Algérie

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نسبة الرجال العزبين دوما أكبر من النساء و ذلك في الفئة العمرية الممتدة من 15 سنة إلى غاية 39 سنة أين تنعكس الوضعية و يصبح عدد النساء العازبات اكبر من الرجال و هذا في الفئة العمرية من 40 سنة فما فوق .

كما نلاحظ أن نسبة الزواج عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 40 سنة و 70 سنة مرتفعة سواء كان ذلك بالنسبة للرجال أو النساء و هذا من شأنه التأثير بصورة جد كبيرة على الخصوبة .

02/ تطور سن الزواج :

لقد انتقل سن الزواج في الفترة الممتدة من 1996 م إلى غاية يومنا هذا من 30 سنة إلى 33 سنة هذا بالنسبة للرجال آما بالنسبة للنساء فقد كان التأخر اكبر منه عند الرجال ، هذا التأخر في سن الزواج في الجزائر كان نتيجة لمجموعة من التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية و الصحية المبنية على أساس الانتقال الديمغرافي الذي عرفته البلاد و الذي أدى إلى تغيرات هامة في سن الزوا

المطلب الثالث : دور السياسة في استقرار الخصوبة

من المنطقي أن تراجع الخصوبة في الجزائر خلال هذه الفترة راجع إلى السياسة السكانية التي اتبعتها الجزائر من اجل القضاء على الانفجار السكاني بها فكان لاستعمال الأزواج لوسائل منع الحمل حيث أن نسبة 50% من الأزواج يستعملون هذه الوسائل باختلاف أنواعها بلغ في سنة 2002نسبة 57% بعد أن كان لا يتجاوز نسبة 08% في سنة 1970 م أمل فيما يخص الطرق الجديدة التي يلجأ إليها الأزواج لمنع الحمل أو تأجيله فقد وصلت نسبتها إلى 51 % في سنة 2002 بعد أن كانت 1.5 %في سنة 1970 م.

ويمكن إرجاع هذا الارتفاع المستمر في وسائل منع الحمل إلى ما تلقاه هذا العامل من تشجيع خاصة في السنوات الأخيرة في جميع الأوساط السكانية و الاجتماعية حيث قدرت نسبته في الوسط الريفي ب 54% و في الوسط المدني ب 59% و كان ذلك في سنة 2002 م .

ويوضح لنا الجدول أدناه تطور وسائل منع الحمل في الجزائر في الفترة الممتدة من 1986 م إلى غاية سنة 2002 م بالمائة .

الجدول رقم : 15 تطور وسائل منع الحمل في الجزائر في الفترة الممتدة من 1986 م إلى غاية سنة 2002 م بالمائة .

السنة	1986	1992	1995	2000	2002
حبوب	26.4	38.7	43.4	44.3	46.8
لولب	2.1	2.4	4.1	4.3	3.1
حقن	0.5	0.7	0.8	1.5	1.2
طرق أخرى	2.1	1.3	0.7	/	1.1
طرق قديمة	31.1	43.1	49.0	50.1	50.8
طرق حديثة	4.4	7.7	7.9	13.9	5.4
المجموع	35.5	50.8	56.9	64.00	57.0

المصدر : enquête algérienne sur la santé de la famille , 2002, nuptialité et fécondité en Algérie,

كما عرفت سنة 2006 م استعمال واسع و مكثف لوسائل منع الحمل سواء كانت هذه الوسائل حديثة أوتقليدية ضف إلى هذا فإن المستوى التعليم للمراءةو مستوى الإقامة و منطقة الإقامة لم يمنعوها من استعمال هذه الوسائل و هذا ما يمكن أن توضحه الجداول التالية :

الجدول رقم : 16 نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة

وذلك حسب منطقة الإقامة بالمئة

منطقة	الطرق الحديثة					الطرق التقليدية			
الإقامة	لولب	حبوب	حقن	واقي	طرق أخرى	طريقة مد	طريقة الحساب	طريقة العزل	طرق أخرى
الوسط	2.48	84.51	5.73	6.50	0.75	13.27	46.01	39.82	0.88
الشرق	1.44	90.94	4.52	4.9	0.82	18.86	43.39	36.79	0.94
الغرب	2.47	93.56	1.98	1.81	0.16	32.55	48.83	16.27	2.32
الجنوب	0.95	88.30	6.68	3.10	0.95	37.7	29.20	31.13	0.94

المصدر:عمل خاص مبني على معطيات نتائج التحقيق الوطني MICS 3 الجزائر 2006 ص . 19

الشكل رقم : 13 يمثل نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة

وذلك حسب منطقة الإقامة بال

الجدول رقم : 17 نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة

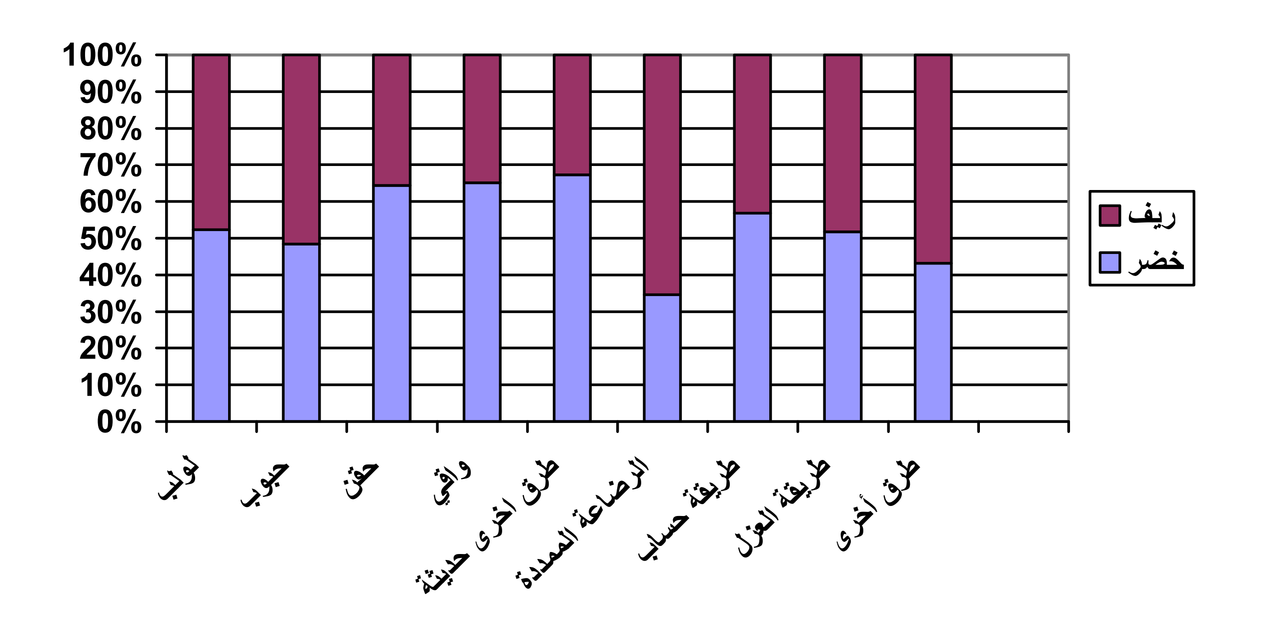
وذلك حسب مستوى الإقامة بالمئة .

مستوى الإقامة	الطرق الحديثة					الطرق التقليدية			
	لولب	حبوب	حقن	واقي	طرق أخرى	الرضاعة الممددة	طريقة الحساب	طريقة العزل	طرق أخرى
حضر	2.11	85.76	5.57	5.76	0.76	15.23	47.61	36.19	0.95
ريف	1.92	91.52	3.08	3.08	0.37	28.75	36.25	33.75	1.25

المصدر : نفس المصدر السابق ، نفس الصفحة .

الشكل رقم 14 : يمثل نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة

وذلك حسب مستوى الإقامة بالمئة



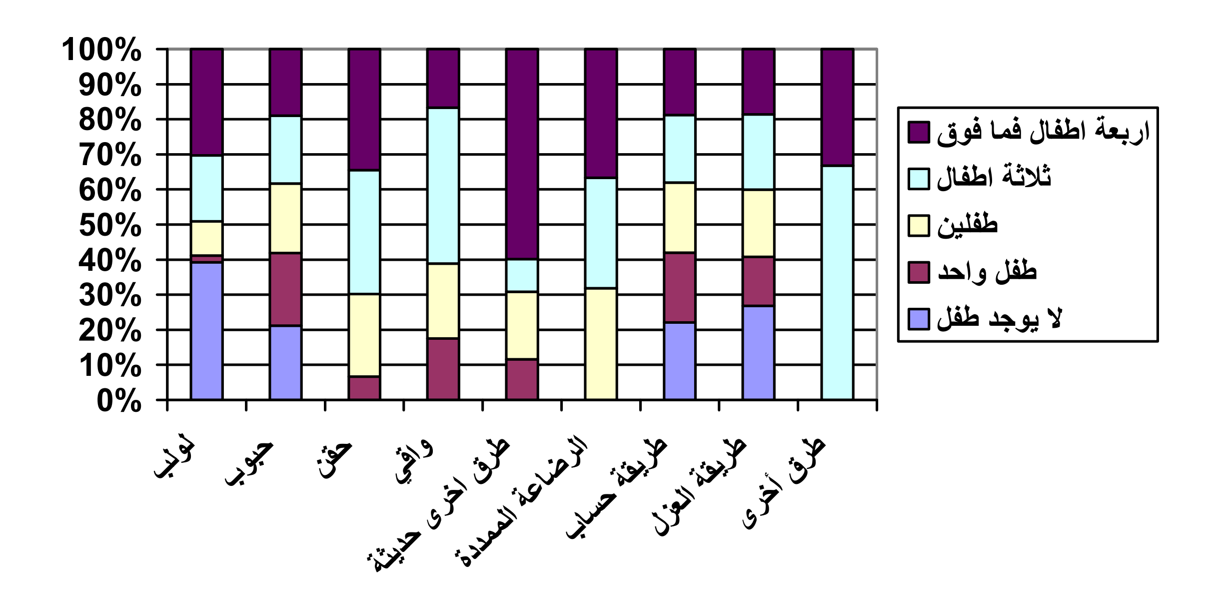
الجدول رقم : 18 نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة

وذلك حسب عدد الأطفال لكل امرأة بالمئة.

عدد الأطفال لكل امرأة	الطرق الحديثة					الطرق التقليدية			
	لولب	حبوب	حقن	واقي	طرق أخرى	الرضاعة الممددة	طريقة الحساب	طريقة العزل	طرق أخرى
لا يوجد أطفال	4	96	0	0	0	0	50	50	0
طفل واحد	0.20	94.39	1.03	4.35	0.20	28.98	44.92	26.08	0
طفلين	0.99	89.73	3.64	5.29	0.33	18.9	45.26	35.78	0
ثلاثة أطفال	1.92	87.80	5.45	11.02	0.16	15.56	43.47	40	1.73
أربع أطفال فما فوق	3.09	86.23	5.33	4.13	1.03	21.73	42.60	34.78	0.86

المصدر : نفس المصدر السابق نفس الصفحة .

الشكل رقم : 15 : يمثل نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة وذلك حسب عدد الأطفال لكل امرأة بالمئة .



نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة وذلك حسب عدد الأطفال لكل امرأة بالمئة .

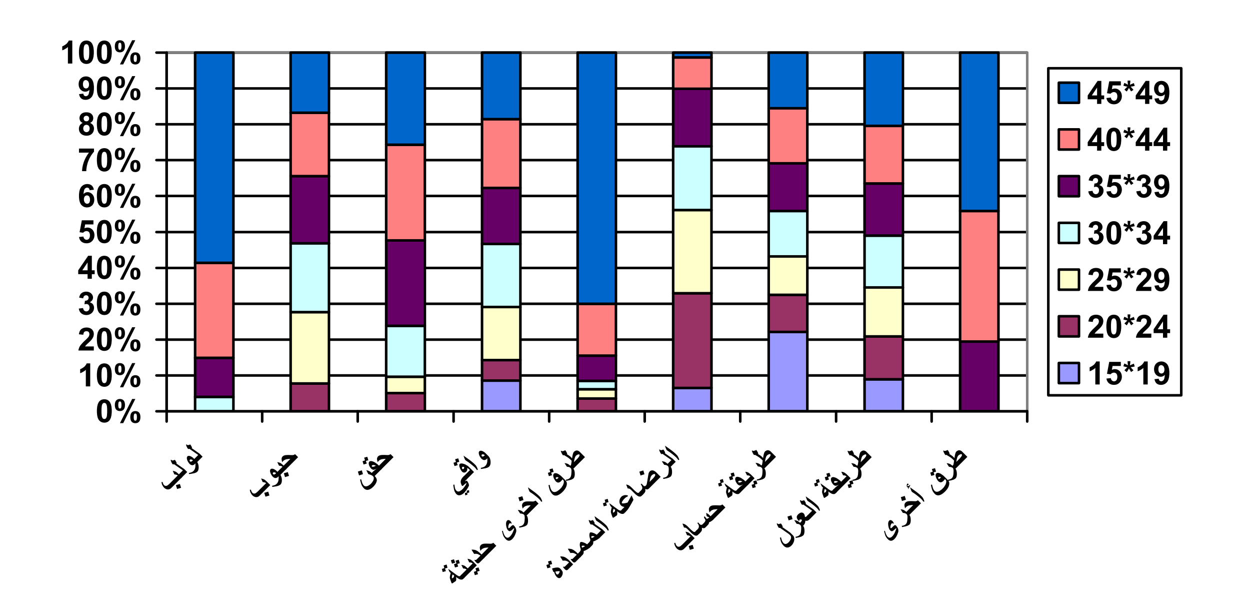
الجدول رقم : 19 نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة

وذلك حسب الفئات العمرية بالمئة

	الطرق الحديثة					الطرق التقليدية			
الفئات العمرية	لولب	حبوب	حقن	واقي	طرق أخرى	الرضاعة الممددة	طريقة الحساب	طريقة العزل	طرق أخرى
19-15	0	98.23	0	2.35	0	10	70	20	0
24-20	0	36.57	1.31	1.57	0.26	40.38	32.69	26.92	0
29-25	0	94.37	1.16	4.04	0.19	35.38	33.84	30.76	0
34-30	0.51	90.67	3.62	4.83	0.17	27.17	40.21	32.60	0
39-35	1.37	.88.81	0.1.	4.30	0.51	24.54	41.81	32.72	0.90
44-40	3.33	83.50	6.84	5.26	1.05	13.44	48.73	36.13	1.68
49-45	7.39	79.33	6.88	5.10	5.10	2.04	48.97	45.91	2.04

المصدر : نفس المصدر السابق ، نفس الصفح

الشكل رقم : 16 : يمثل نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة وذلك حسب عدد الأطفال لكل امرأة بالمئة .

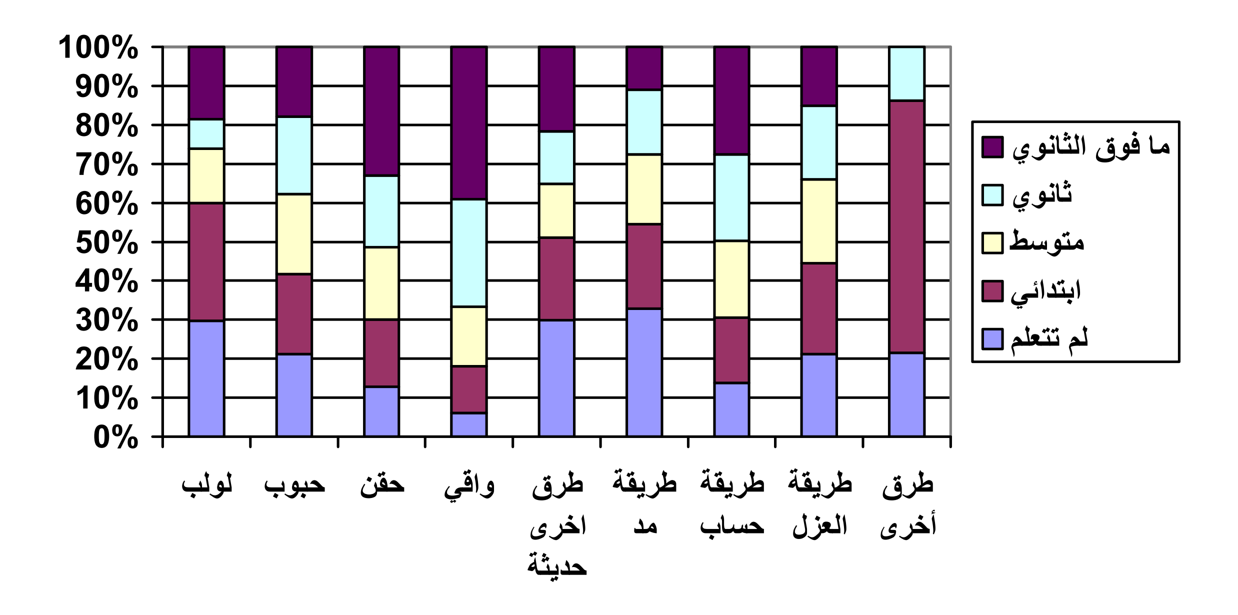


الجدول رقم : 20 نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة وذلك حسب المستوى التعليمي بالمئة .

المستوى	الطرق الحديثة					الطرق التقليدية			
	لولب	حبوب	حقن	واقي	طرق أخرى	الرضاعة الممددة	طريقة الحساب	طريقة العزل	طرق أخرى
لم تتعلم	2.81	90.96	3.41	1.80	0.80	30.66	32	36	1.33
ابتدئي	2.87	88.50	4.59	3.63	0.57	20.20	39.39	39.39	1.01
متوسط	1.32	88.60	4.93	4.55	0.37	16.66	45.83	36.46	00
ثانوي	0.72	85.71	4.88	8.31	0.36	15.51	51.72	31.89	0.86
ما فوق الثانوي	1.75	77.14	8.78	11.71	0.58	10.25	64.10	25.64	00

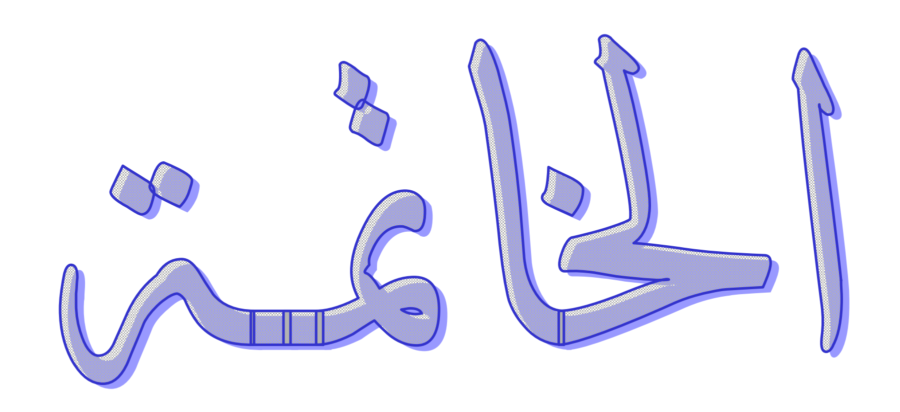
المصدر : نفس المصدر السابق ، نفس الصفحة

الشكل رقم : 17 : يمثل نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند النساء المتزوجات في العمر من 15 إلى 49 سنة وذلك حسب المستوى التعليمي بالمئة .



خاتمـــــــة الفصـــــــل

من خلال دراستنا لهذا الموضوع يمكننا القول بأن وتيرة النمو الديمغرافي في الجزائر قد عرفت تقلصا معتبر ، و ذلك من خلال الانخفاض السريع في الخصوبة في الفترة الحالية ، رغم أن الطاقة الإنجابية التي تحتويها التركيبة العمرية نظرا للانفجار الديمغرافي الذي عرفته البلاد في سنة 1970 م إلى غاية سنة 1985 حيث كانت تتنبأ بصعوبة تقليل الولادات بل توقع عدد اكبر منهم ، في حين و على عكس ما كان متوقع فإن حجم الولادات الحية التي تم تسجيلها خلال سنتي 1996 م و 1997 م يكافئ حجم سنة 1974أي في الجزائر 15 مليون و التي كانت تحتوي آنذاك على طاقة إنجابية أقل نسبيا بكثير ، وعليه فإن الجزائر تمكنت في ظرف عشر سنوات من معرفة الانتقال الديمغرافي و بالخصوص انتقال الخصوبة و يتضح ذلك جليا في السياسة الصحية و الاجتماعية التي شاركت من قريب في هذا الانخفاض و ذلك من خلال محاربة مختلف الأمراض المعدية و الحماية من الإصابة بالأمراض المزمنة والمستعصية و كذلك الاهتمام أكثر فأكثر بصحة الأم و الطفل و ذلك من خلال تأسيس الصحة المجانية في سنة 1974 م و كذا عن طريق تدعيم التكفل بالعلاجات الصحية و الإنجابية التي تم إدماجها في العلاجات الصحية القاعدية ، غير أن التغيرات الصحية لم تكن وحدها العامل الأساسي المؤثر على الخصوبة بل كان للعوامل الوسطى و العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية دور كبير و فعال في ذلك ، كما تمكن من خلال هذه الدراسة من التيقن من عدم القدرة على الفصل بين مختلف العوامل المؤثرة على الخصوبة في الجزائر .


الخاتمة

نتائج الدراسة :

لقد عرفت الدراسات التي تناولت ظاهرة الخصوبة تطور ملحوظا خاصة من ناحية ربط هذه الظاهرة بالتطورات الصحية التي عرفتها الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا ، حيث تم التوصل من خلال هذه الدراسة إلى تثبيت الفرضيات السابقة لكونها تتطابق مع ما تم التوصل إليه و ذلك على النحو التالي :

- تم التوصل من خلال دراسة الانتقال الصحي في الجزائر إلى النتائج التالية :
  - تراجع الأمراض المعدية .
  - انتشار الأمراض الغير معدية و التي عرفت بالأمراض المزمنة و المستعصية .
  - ارتفاع الحوادث الناجمة عن العنف .
- كما تم التوصل من خلال دراسة الخصوبة إلى أن معدلات الخصوبة في الجزائر قد عرفت انخفاض كبير و يرجع الفضل في ذلك إلى تدخل مختلف العوامل سوء كانت وسيطة أو غير وسيطة في ذلك .

لنصل في الأخير إلى تثبيت الفرضية العامة المقترحة خلال هذه الدراسة ، و السبب الرئيسي في هذا التثبيت يرجع إلى توافقها مع ما تم التوصل إليه خلال دراستنا هذه أل و هو أن التطور الصحي اثر تأثير كبير على انخفاض الخصوبة في الجزائر من خلال تبنيه لسياسات التحكم و اللجوء الواسع لاستعمال وسائل منع الحمل و توفير المراكز و العيادات المختصة على مستوى كل ولاية و غيرها من الامتيازات التي توصل إليها الجانب الصحي

الخاتمـــــــة

ما يمكن التوصل إليه من خلال هذه الدراسة هو أن القضية الديمغرافية أصبحت من الأمور التي تفرض نفسها و ذلك لما لها من علاقة وطيدة مع السكان في جميع الجوانب الاقتصادية و الاجتماعية و الصحية فقد لاحظنا أن الجنس البشري عرف مراحل صحية متباينة لعب فيها العامل الديمغرافي دورا بالغ الأهمية تم توضحه من خلال الخصوبة و تأثرها بالمراحل الصحية المختلفة ، هذه الأخيرة التي كان لها الدور الفعال في نقل مجتمعاتنا من التجمع البسيط إلى الوطن السائر نحو التقدم فقد تمكن من خلال تسجيل أكبر النسب في التخصيب من حماية نفسه من الانقراض حيث أن الإكثار من الأولاد خلال المدة الاستعمارية أكسبه وسيلة دفاع أمام محاولات الإبادة التي كان يقوم بها الاستعمار الفرنسي هذا من جهة و من جهة أخرى فإن الإكثار من الأولاد كان شكلا من أشكال المقاومة و إيمان داخلي بالمستقبل أما من الناحية الصحية فقد تمكنت المرأة الجزائرية من حماية صحتها و الحفاظ على صحة صغيرها من مختلف الأمراض التي كانت سائدة في السابق و تم القضاء عليها بفضل ما شهده الجانب الصحي من تطور ،

بعض الاقتراحات و التوصيات

من خلال هذه الدراسة يمكننا طرح بعض الاقتراحات و التوصيات التي من شأنها أن تساعدنا في تقريب المسافات المتباعدة بين التطور الصحي و زيادة الإنجاب و ذلك على النحو التالي :

01/ العمل على وضع حد لتبعية في معظم المجالات ، و ذلك يتم من خلال تعديل السياسة الدولية سواء كانت هذه السياسة اجتماعية أو اقتصادية أو سكانية ، حيث كانت تجري بصورة غير مقبولة أدت إلى خلال في التوازنات التي كانت لها أثار سلبية خاصة على تطور و نمو السكان العالم الثالث .

02/ الأخذ بعين الاعتبار الاتجاهات الديمغرافية أثناء التخطيط للتنمية الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية ، خاصة و نحن نمر بعصر العولمة و تحدياتها الراهنة و المستقبلية ، إذ يعاب علينا التعجب عند سماع كلمة الديمغرافيا .

03/ استغلال الإمكانيات المادية استغلالا عقلانيا و فعالا حتى نتمكن من التحرر من الضغوط الاقتصادية و الدولية التي تميل نحو الخطورة من ناحية و من ناحية أخرى تجعله يتفادى الآثار التي تحدثها الضغوط الديمغرافية المتزايدة باستمرار، كما أن هذا التزايد المستمر من شأنه أن يقضي على النمو الديمغرافي .

04/ متابعة انعكاسات الأزمة الدولية التي تتميز بوضعية نقدية غير مستقرة و بارتفاع أسعار المواد المصنعة و باضطراب التجارة و ما يشغلون أكثر التهديد الغذائي الذي لا نظير له و لا ننسى في هذه القائمة الانفجار الديمغرافي الذي يأخذ مظهر خطير للغاية .

05/ مما تجدر بنا الإشارة بل التركيز عليه هو محاولة إنتاج و توزيع المطبوعات و الكتب ذات الصلة المباشرة أو غير مباشرة بالديمغرافيا و مشاكل السكان فهذا العلم واسع و مهم كثيرا و الاهتمام به بطريقة صحيحة هو الخطوة الأولى نحو التقدم و إهماله هو الخطوة الأولى نحو التخلف إذ لم نقل التخلف نفسه .

البيلوغرافيا

البيبلوغرافيا :

بالغة العربية :
* أبو عيانة ، فتحي محمد ، جغرافية السكان و أساسها الديمغرافية العامة ، دار الجامعات المصرية ، سنة 1977 .

* حسين ،طاهري " الخطأ الطبي و الخطأ العلاجي في المستشفيات العامة " ، دراسة مقارنة الجزائر – فرنسا ، دار هومة .

* عبد العاطي ، السيد ، علم اجتماع السكان ، دار المعرفة الجامعية ، مصر .

عبد القادر رزيق المخادمي ، الانفجار السكاني في العالم – من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية – دار الفجوة للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى ، سنة 2005.

التركي ، رابح ، مبادئ التخطيط التربوي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، سنة 1982.

* عبد القادر ، حلمي ، مدخل إلى الإحصاء ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الطبعة الثانية ، الجزائر ، سنة 1993 .

الرسائل الجامعية:

* أحمد درديش ، اثر انتشار وسائل منع الحمل على لخصوبة في الجزائر ، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا ، معهد العلوم الاجتماعية ، جامعة البليدة ، الجزائر ، 1997 .

* بولفخاري ناصر ، اثر الهجرة الداخلية على الخصوبة في الجزائر ، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا ، معهد العلوم الاجتماعية ، جامعة البليدة ، الجزائر ، 1997 .

باللغة الفرنسية :

Attout, N et all (2001).Education, Fécondité et Nuptialité, CENEAP, *Algérie.P.55

*Association Algérienne pour la Recherche Démographique ,Economique et Sociale (A A R D E S): (1970) LA Régulation Des ..82Naissances , enquête socio démographique VOL .05. P

* Bouisri, A (1998). « La transition démographique en Algérie : réflexion sur l'avenir», In les transitions démographiques des pays du Sud PP .441-456. Editions ESTEM Paris.

* Bongaarts J , (1982). « The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables », Studies in Family Planning. 13(6/7.

* Caselli G, Meslé F et Vallin J, (2001). « Les entorses au schéma de la transition épidémiologique», Communication au Congrès international de la population, Salvador, Brésil .

* INSP, (1990). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie. P.26.

* INSP, (2002). Enquête Nationale Sur les Urgences Médico-chirurgicales, Algérie. P.53.

* INSP, (2005). Enquête Nationale de Santé: Rapport principal, Algérie. P23.

* INSP, (2006). «Amélioration de la certification des Causes médicales de décès ». pp.1–16, Alger, Algérie.

* Kouaouci, A. (1992). «Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986», Population 47(2),. PP. 327 – 351

* Kouaouci, A. (1998).Politiques de population, pressions malthusiennes ou diffusion culturelle ? Quel modèle de transition pour le Maghreb ? In les transitions démographiques des pays du Sud,. Editions ESTEM Paris.

* Kouaouci . A (1983), " Normes familiales islamiques et fécondité en Indonisie et au Pakistan " Département de démographie université catholique de Louvain , P101-102.

* Kouaouci . A , (1981) " Intervalle Moyen Et Moyenne Des Intewalls: que peut apporter la taple d éventualité ? " Document de recherche , N° 55 , département de démographie de Louvain université catholique de Louvain. P12

F et Vallin, J. (2000). « Transition sanitaire : tendances et * Meslé, perspectives», *Médecine, sciences*, vol. 16, n° 11, pp. 1161-1171.

* Meslé F, et Vallin J. (2003). « La transition sanitaire Progrès et résistances en Afrique » in Questions de population. Des enjeux internationaux aux perspectives locales chapitre 4, INED, Paris, France PP. 1161-1171.

* ONS, (1992). Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant : Rapport principal, Algérie. P.36.

* ONS, (2002). Enquête Algérienne sur la santé de la Famille: Rapport principal, Algérie. PP 33-34.

* Omran Abdel R., (1971). « The epidemiologic transition : a theory of the epidemiology of population change», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, pp. 509-538.

* Pison G, (2005). « Tous les pays du monde Population et Sociétés», n° 414, INED, Paris, France.

* Robine, J-M. (2001). « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie». *Population* 56(1-2). PP 199-222 .

* Potter , G.L, (1963) " Births intervals : structure and change" Population studies P 155-166.

* Tapinos G ,(1985) , Eléments de démographie , Armand colin, collection , Paris ., P 112-113.

* Vallin J, Meslé F, (2001). « Évolution de la mortalité en Europe depuis 1950 : mortalité par âge, sexe et causes de décès », in *Tendances en matière de mortalité et mortalité différentielle,* pp.33-188, Strasbourg, éditions du Conseil de l'Europe, 344 p. (Études démographiques n° 36).

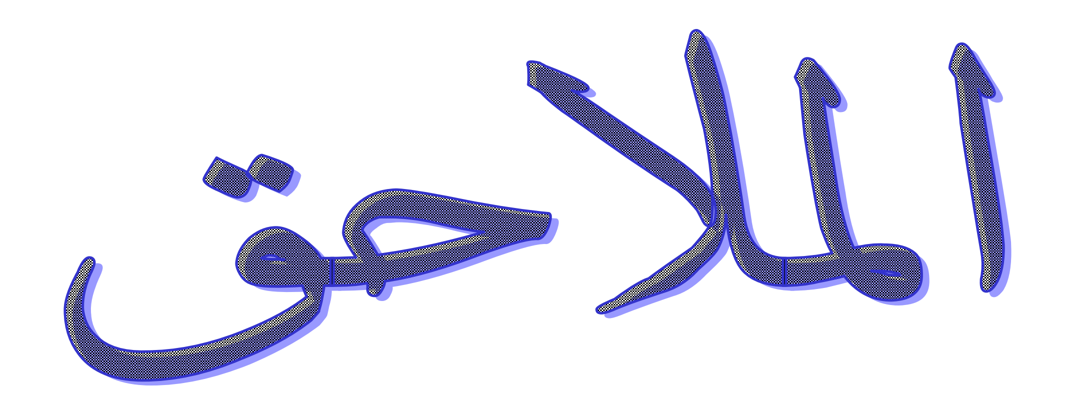
مواقع الانترنات

* OMS(1999), World Heath Report,www.who.org.

http:/esa.un.org/unpp.

. Institut nationale d'études démographiques Paris FRANCEwww.ined.fr *

Relevé Epidémiologique Annuel de L'Algérie.www.insp.dz*


الملاحق

الجدول رقم : 01 يمثل قائمة القطاعات الصحية في الجزائر

رقم الولاية	الولايات	القطاعات الصحية
01	أدرار	أدرار، تميمون ، رقان
02	الشلف	الشلف ، تنس ،بوقادير ، أولاد فارس
03	الاغواط	الاغواط ، افلو
04	ام البواقي	ام البواقي ، عين البيضاء : مسكيانة ، عين مليلة ، عين فكورن
05	باتنة	باتنة ، اريس ، بريكة ، عين توتة ، مروانة ، نقاوس
06	بجاية	بجاية ، أقبو ، سيدي عيش ، خراطة ،أميزور
07	بسكرة	بسكرة ، أولاد جلال ، طولقة ، سيدي عقبة
08	بشار	بشار ، العبادلة ، بني عباس
09	البليدة	البليدة ، الاربعاء أالعفرون ، بوفاريك
10	البويرة	البويرة ، مشد الله ، الأخضرية ، صور الغزلان ، عين يسلم
11	تامنغست	تامنغست ، عين صالح
12	تبسة	تبسة ، العوينات ، بئر العاتر ، الشريعة ، الونزة
13	تلمسان	تلمسان ، الرمشي ، الغزوات ، سبدو ، أولاد ميمون ، مغنية
14	تيارت	تيارت ، السوقر ، مهدية ، فرندة ، قصر الشلالة
15	تيزي وزو	تيزي وزو ، الاربعاء ناث إيراثن ، تيقزيرت ، بوغني ، عزازقة ، أزفون ، عين الحمام
16	محافظة الجزائر الكبرى	ريبة ، عين طاية ، الدويرة ، زرالدة ، سيدي أمحمد ، القبة ، بئر طرارية ، بولوغين ، الحراش ، براقى
17	الجافة	الجافة ، عين وسارة ، مسعد ، حاسي بحبح
18	جيجل	جيجل ، الطاهير ، الميلية
19	سطبف	سطيف ، العلمة ، عين الكبيرة ، بوقاعة ، عين ولمان
20	سعيدة	سعيدة ، الحساسنة
21	سكيكدة	سكيكدة ، الحروش ، القل ، عزابة ، تمالوس

22	سيدي بلعباس	سيدي بلعباس ، ابن باديس ، سقيزف ، تلاغ
23	عنابة	عنابة ، الحجار ، شطايبي
24	قالمة	قالمة ، عين العربي ، وادي الزناتي ، بوشقرف
25	قسنطينة	قسنطينة ، الخورب ، زيغود يوسف
26	المدية	المدية ، البرواقية ، تابلاط ، عين يوسيف ، قصر البخاري
27	مستغانم	مستغانم ، سيدي علي ، عين تادلس
28	المسيلة	المسيلة بوسعادة ، سيدي عيسى ، عين الملح
29	معسكر	معسكر ، المحمدية ، سيق ، غريس ، تيغيف
30	ورقلة	ورقلة ، توقرت ، حاسي مسعود ، الهجيرة
31	وهران	شرق مدينة وهران ، غرب مدينة وهران ، السانية أعين الترك ، ارزيو
32	البيض	البيض ، الابيض سيدي الشيخ
33	إيليزي	إيليزي ، جانت
34	برج بو عريرج	بوعريرج
35	بومرداس	بومرداس ، الثنية
36	الطارف	الطارف ، القالة ، الذرعان ، بوحجار
37	تندوف	تندوف
38	تيسمسيلت	تيسمسيلت ، ثنية الحد ، برج بو النعامة
39	الوادي	الوادي ، المغير
40	خنشلة	خنشلة ، ششار ، قايس
41	تيبازة	تيبازة ، قورية ، القليعة ، شرشال
43	ميلة	ميلة ، شلغوم العيد ، فرجيوة
44	عين الدفلى	عين الدفلى ، ملينة ، خميس مليانة ، العطاف
45	النعامة	النعامة ، عين الصفراء
46	عين تموشنت	عين تموشنت ، حمام بوحجر ، بني صاف
47	غرداية	غرداية ، متليلي ، المنية ، القرارة
48	غليزان	غليزان ، وادي رهيو ، مازونة

المصدر : الأستاذ : طاهري حسين ، الخطاء الطبي و الخطاء العلاجي في المستشفيات العامة ، -دراسة مقارنة بين الجزائر و فرنسا –، دار هومة ، الصفحات 143 - 150

الجدول رقم : 02 يمثل : قائمة المرافق الاستشفائية الجامعية

التسمية	المقر
المركز ألاستشفائي الجامعي مصطفى باشا	مستشفى مصطفى باشا
المركز ألاستشفائي الجامعي لبني مسوس	مستشفى بني مسوس
المركز ألاستشفائي الجامعي لحسين داي	مستشفى بارني
المركز ألاستشفائي الجامعي لقسنطينة	مستشفى بن باديس
المركز ألاستشفائي الجتمعي لوهران	مستشفى وهران
المركز ألاستشفائي الجامعي لعنابة	مستشفى ابن راشد
المركز ألاستشفائي الجامعي للبليدة	مستشفى فرانزفانون
المركز ألاستشفائي الجامعي تيزي وزو	مستشفى ندير محمد
المركز ألاستشفائي الجامعي لباتنة	مستشفى باتنة
المركز ألاستشفائي الجامعي لسطيف	مستشفى سطيف
المركز ألاستشفائي الجامعي لسيدي بلعباس	مستشفى سيدي بلعباس
المركز ألاستشفائي الجامعي لتلمسان	مستشفى تلمسان
المركز ألاستشفائي الجامعي لباب الواد	مستشفى باب الوادي

المصدر : المرجع الساب

الجدول رقم : 03: تطور مرض السل في الجزائر في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004م .

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد المصابين بالسل لكل 10000 شخص	44	48.7	60.7	60.1	60.8	61.19	-

المصدر: MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم : 04:   تطور داء الديفتيريا في الجزائر في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004 م

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد حالات المصابين في كل 100000 شخص	0.12	3.94	0.01	0.01	0.00	0.02	0.02

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم : 05:   تطور داء الكزاز في الجزائر في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004 م

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد حالات المسجلة حديثا	38	34	10	20	17	7	-
عدد حالات مسجلة سابقا	27	19	10	15	04	05	-

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم : 06 : تطور مرض الشلل في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2004 م

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد حالات الإصابة	02	01	00	00	00	00	00

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم : 07: تطور داء الحصبة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من1990 م و 2004 م

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد الحالات لكل 100000 شخص	7.46	34.51	11.28	8.97	18.88	50.02	9.14

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم :08 : تطور حمى التيفوئيد في الفترة الممتدة ما بين 1990 م و 2000 م

السنة	1990	1992	1995	1996	2000
عدد الحالات	11.75	9.68	--	--	9.48

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم : 09 تطور التهاب الكبد الفيروسي في الجزائر في الفترة الممتدة من 1990 م و 2004م

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد الحالات لكل 100000شخص	15.69	11.85	8.94	9.01	7.46	6.57	-

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم : 10 تطور التهاب السحايا في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 م 2004 م

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد الحالات لكل 100000 شخص	14.11	9.09	7.16	10.73	8.31	20.38	--

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم : 11 تطور مرض السيدا في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 1995 م و 2000م

السنة	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
عدد الحالات	131	620	1356	1524	1888	2122	2292

المصدر : MSPRH ET INSP, Maladies transmissibles en Algérie 1990 2004

الجدول رقم 12 : كيفية قياس أثر كل من (ni.nc.nh) و (i) ، (c)، (h):

01-المجال المغلق : (IF) (النسوة اللواتي غيرنا نسلهن بين (T) و (T-12))

المجموعة	مدة المجال	أثر ni*nc*nh	أثر i	أثر c	أثر h
i*c	IF	20	-	-	-
I*nc	IF	18	مدة الطمث	-	-18-IF مدة الطمث
ni*c	IF	20	-	20-IF	-
ni*nc	IF	20	-	-	20-IF

02- المجال المفتوح (IO) (النسوة الحوامل)

المجموعة	مدة المجال	أثر ni*nc*nh	أثر i	أثر c	أثر h
i*c	IO	16	-	16- IO	-
I*nc	IO	14	مدة الطمث	-	16- IO - مدة الطمث
ni*c	IO	16	-	16- IO	-
ni*nc	IO	16	-	-	16- IO

03- المجال المفتوح (IO) (النسوة الغير الحوامل) :

المجموعة	مدة المجال	أثر ni*nc*nh	أثر i	أثر c	أثر h
i*c	IO	11	-	11- IO	-
I*nc	IO	09	مدة الطمث	-	09- IO - مدة الطمث
ni*c	IO	11	-	11- IO	-
ni*nc	IO	11	-	-	11- IO

المصدر : Potter. R.G, " Births Intervals : Structure And Change " Population Studies : Op.cit .